



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS: VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

Ana Margarida Almeida Gomes

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA EM CONTEXTO DE UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS: VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Clementina Sousa

setembro 2019

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

RESUMO

A Paragem Cardiorrespiratória é uma situação que exige uma resposta imediata e eficiente por parte dos profissionais de saúde. Por este facto, os enfermeiros têm de estar preparados para atuar perante estas situações. Quando confrontados com estes eventos, os enfermeiros sentem muitas dificuldades e preocupações, uma vez que, nas Unidades de Cuidados Continuados, a paragem cardiorrespiratória ocorre com pouca frequência, gerando sentimentos de insegurança, stress e dilemas éticos. Desta forma, torna-se pertinente perceber quais as vivências dos enfermeiros perante este evento, para que as práticas clínicas no atendimento a estes utentes, possam levar a uma reflexão e consequente melhoria na qualidade de cuidados.

Estruturamos este estudo com o objetivo de compreender as vivências dos enfermeiros na intervenção face à pessoa em Paragem Cardiorrespiratória, numa Unidade de Cuidados Continuados. A análise seguiu uma abordagem qualitativa, de cariz exploratório-descritivo. Como instrumento de recolha de dados recorreu-se à entrevista semiestruturada dirigida a enfermeiros que trabalham numa unidade de Cuidados Continuados da zona norte de Portugal. Os procedimentos ético-moral foram respeitados.

Deste estudo resultaram seis áreas temáticas aglutinando várias categorias e sub categorias. Através da análise de dados foi possível verificar que perante uma situação de Paragem Cardiorrespiratória, os enfermeiros experienciam sentimentos e emoções como o stress, a ansiedade, o medo, a tristeza, o confronto com a morte, a dúvida face à qualidade da sua intervenção e a impotência, perante o evento crítico. No que respeita à perceção dos enfermeiros em relação à sua prática durante a Paragem Cardiorrespiratória, estes veem a mesma como uma situação de aprendizagem e como um fator de ajuda na gestão de emoções. Como fatores dificultadores foram enumerados pelos participantes, os seguintes: inexperiência profissional; escassez de ocorrências de Paragem Cardiorrespiratória; infuncionalidade ou escassez equipamento/material; recursos humanos insuficientes; cansaço físico; dificuldades na gestão de emoções; qualidade de atuação das equipas de emergência pré-hospitalar deficitária. Já os fatores potencializadores da qualidade de atuação partilhados pelos entrevistados foram o trabalho em equipa; formação pessoal e da equipa; experiência profissional; exposição a situações de Paragem Cardiorrespiratória e gestão de emoções adequada. Como estratégias de melhoria de intervenção os enfermeiros referiram o debriefing, a formação continua e propostas à instituição, como a manutenção de equipamento e a aquisição de material. Referem como principal

implicação da atuação em Paragem Cardiorrespiratória, o desenvolvimento de competências, nesta área específica.

Estes resultados sugerem que é importante implementar estratégias que favoreçam a formação contínua e a partilha de experiências entre as equipas, que resultarão numa melhor intervenção na Paragem Cardiorrespiratória, das equipas das Unidades de Cuidados Continuados.

Palavras-chave: Paragem Cardiorrespiratória; Cuidados Continuados; Vivências; Enfermeiros.

ABSTRACT

Cardiopulmonary arrest is a situation that requires immediate and efficient response from health professionals. For this reason, nurses have to be prepared to act in these situations. When confronted with these events, nurses feel many difficulties and worry, since in the Continuous Care Units, a CRP occurs infrequently, generating feelings of insecurity, stress and ethical problems. Thus, it is pertinent to understand what are the experiences of nurses considered this event, so that clinical practices in the care of patients in CRP can lead to reflection and consequent improvement in the quality of care.

We performed this study to understand the feelings of the nurses when they face a cardiopulmonary arrest in a Continuing Care Unit. The analysis followed a qualitative, exploratory-descriptive approach. Regards data collection, we used a semi-structured interview directed to nurses in a continuous care unit in the north of Portugal. All ethical-moral procedures were respected.

This study resulted in six thematic areas bringing together several categories and sub categories. Through data analysis, it was possible to verify that, in a cardiopulmonary arrest situation, nurses experience feelings and emotions such as stress, anxiety, fear, sadness, confrontation with death, doubt regarding the quality of their intervention and impotence in the face of the critical event. Concerning nurses' perception of their practice during the Cardiopulmonary Resuscitation, they see it as a learning situation and as a help factor in managing emotions. The following factors were difficult factors listed by the participants: professional inexperience; scarcity of occurrences of cardiac arrest; non-functionality or scarcity equipment / material; insufficient human resources; physical tiredness; difficulties in managing emotions; quality of action of the prehospital emergency teams with a deficit. On the other hand, the factors that potentiate the quality of the actions shared by the interviewees were teamwork; personal and team training; professional experience; exposure to cardiopulmonary arrest situations and proper emotion management. As intervention improvement strategies, nurses referred to debriefing, continuing education and proposals to the institution, such as equipment maintenance and material acquisition. Refer as the main implication of acting in Cardiorespiratory arrest, the development of skills in this specific area.

These results suggest that it is important to implement strategies that favor continuous training and the sharing of experiences between the teams, which will result in a better intervention in the cardiopulmonary arrest of the teams of the Continuous Care Units.

Keywords: Cardiopulmonary arrest; Continuous care; Experiences; Nurses

AGRADECIMENTOS

Aos meus **pais e irmã**, pela paciência dedicada, um obrigada POR TUDO!

Ao meu companheiro **Tiago** que, desde sempre, esteve presente nos momentos bons e menos bons e que sem o seu apoio tudo seria bem mais difícil. Um obrigada pela paciência inigualável, pela compreensão e amor incondicional.

Aos meus amigos, por me ajudarem e estarem presentes nos momentos de fraqueza.

À tão estimada **Professora Clementina Sousa** pelas suas palavras de força, motivação, presença, apoio e pertinência crítica, que assumiram um impacto valioso.

A toda a equipa da instituição, aos enfermeiros, que voluntariamente participaram neste estudo, permitindo a consecução do mesmo. Um OBRIGADA pelo apoio demonstrado, pelo carinho e preocupação transmitidos nesta jornada.

A todos aqueles que direta ou indiretamente me ajudaram e me acompanharam neste percurso, assumem um papel crucial nesta minha aprendizagem...MUITO OBRIGADA!

PENSAMENTO

“Parar é morrer e isto é aplicável hoje. O pior de tudo é parar, quer dizer, não se fazerem coisas, não se fazer nada, ficar com medo, retrain-se, (...). É um erro parar, não continuar a despertar as coisas.”

(Manoel de Oliveira, 2015)

ÍNDICE

RESUMO.....	iii
ABSTRACT	v
AGRADECIMENTOS.....	v
PENSAMENTO	vii
FIGURAS E QUADROS	x
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	xi
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I: A PESSOA EM PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA EM CUIDADOS CONTINUADOS.....	15
1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	16
2. A pessoa em paragem cardiorrespiratória: do reconhecimento da situação à intervenção.....	18
2.1 Cuidar a pessoa em situação crítica em Cuidados Continuados.....	29
2.2 Dilemas Éticos na situação de Paragem cardiorrespiratória	33
CAPÍTULO II: PERCURSO METODOLÓGICO.....	37
2.1 Da problemática aos objetivos do estudo.....	38
2.2 Tipo de estudo	39
2.3 Contexto de estudo	40
2.4 População e participantes	41
2.5 Procedimentos de recolha de dados	42
2.6 Procedimentos de análise de dados.....	43
2.7 Considerações éticas	44
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
CONCLUSÕES	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES.....	81
APÊNDICE 1- Instrumento de Colheita de Dados: Guião de Entrevista.....	82

APÊNDICE 2- Quadro-síntese das unidades temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo	85
AÊNDICE 3- Consentimento informado para a participação no estudo.....	100
ANEXOS	102
ANEXO 1- Pedido de Autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração da Santa Casa Da Misericórdia Arcos de Valdevez.....	103

FIGURAS E QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Filosofia de prestação dos cuidados na RNCCI.....	16
Figura 2. Cadeia de Sobrevivência.....	20
Figura 3. Algoritmo de Suporte Avançado de Vida	24
Figura 4. Algoritmo Cuidados Imediatos Pós-PCR em adultos- Atualização 2015.....	25
Figura 5. Algoritmo SVB	26
Figura 6. Resumo dos componentes de uma RCP de alta qualidade	27
Figura 7. Sentimentos e emoções vivenciados pelos enfermeiros.....	47
Figura 8. A percepção dos Enfermeiros face à sua intervenção em PCR.....	51
Figura 9. Fatores dificultadores da atuação em situação de PCR.....	53
Figura 10. Fatores facilitadores da atuação em situação em PCR.....	61
Figura 11. Estratégias de melhoria da intervenção	66
Figura 12. Implicações da atuação em PCR para o exercício profissional.....	69

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Evolução da sobrevivência após PCR	22
Quadro 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes	42
Quadro 3. Áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo.	46

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

PCR- Paragem cardiorrespiratória

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

EEMI- Equipas Médicas de Emergência Intra-Hospitalar

DGS- Direção Geral de Saúde

DAE- Desfibrilhador Automático Externo

CODU- Centros de Orientação de Doentes Urgentes

SBV- Suporte Básico de Vida

RCP- Reanimação Cardiopulmonar

SAV- Suporte Avançado de Vida

AHA- American Heart Association

ECG- Escala de Coma de Glasgow

CCI- Cuidados Continuados Integrados

EGA- Equipa Gestão de Altas

ECL- Equipa Coordenadora Local

SNS- Sistema Nacional de Saúde

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

OE- Ordem dos Enfermeiros

ONR- Ordem de Não Ressuscitar

AVC- Acidente Vascular Cerebral

INTRODUÇÃO

Apesar do progresso científico e técnico na área das ciências da saúde, a Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é um acontecimento súbito, sendo uma das principais causas de morte na Europa e nos Estados Unidos da América. Verifica-se que em 100 000 habitantes afeta entre 55-113 pessoas (INEM, 2017).

Só na Europa, o número de indivíduos afetados varia entre os 350 000 e 700 000, uma elevada percentagem (76%) das vítimas indicia a fibrilhação ventricular como o principal incidente arritmico (idem).

Como é expectável, a PCR, como evento altamente crítico, pode ser gerador de ansiedade, nervosismo e preocupação, independentemente da experiência que os profissionais possuam, nomeadamente os enfermeiros, pois cada momento é vivenciado de forma individualizada. Por outro lado, sendo situações e, que a morte é iminente, constituem momentos de reflexão e de aprendizagem, quando se discutem as decisões que se tomaram, o êxito nas manobras de reanimação, a adequação da intervenção e o que se pode melhorar perante um evento futuro. Também dilemas éticos se podem colocar aos profissionais de saúde, designadamente aos enfermeiros, como elementos da equipa, quanto à decisão de reanimar ou não reanimar, se se deve tentar manter a vida a todo o custo, ou aceitar que a morte aconteça como fenómeno natural de vida.

Segundo Lacombe (2000), as vivências ou as experiências dos profissionais podem afetar ou marcar, de uma forma direta, positiva ou negativamente, o desempenho nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, uma vez que é este grupo profissional, pela sua permanência nos contextos, que lida com situações de morte iminente com mais frequência. No entanto, defendemos que o saber agir profissional, aliado ao conhecimento atualizado, se desenvolve nos contextos clínicos, pelo que estas situações clínicas devem ser encaradas como oportunidades de aprendizagem e de crescimento.

Dada a missão das Unidades de Cuidados Continuados (UCC), as situações de PCR não são muito recorrentes, uma vez que se orientam não só para a manutenção, reabilitação, readaptação e reintegração social, mas também para processos de final de vida, promovendo ou garantindo a coexistência do conforto e qualidade de vida das pessoas com perda de autonomia no seu autocuidado (Decreto-Lei nº 101/2006).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surge como um dos projetos mais inovadores ocorridos em Portugal, no âmbito das políticas sociais e do desenvolvimento intersectorial. Surge este projeto conjunto entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, em que o cofinanciamento e parceria são recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). O objetivo fundamental da sua criação visa encontrar respostas para problemas, tais como a escassa cobertura de serviços de cuidados continuados a nível nacional, o envelhecimento demográfico progressivo, a prevalência de doenças crónicas incapacitantes, sistema de saúde assente em paradigmas de doença aguda ou de prevenção e, ainda, a uma redução substancial da rede de apoio informal (RNCCI, 2011).

A problemática em estudo, emerge de inquietações pessoais e reflexões sobre as nossas práticas e a forma como vivenciamos e atuamos perante a pessoa que subitamente entra em falência cardiorrespiratória no contexto onde exercemos a nossa atividade profissional, colocando-se a seguinte questão de investigação: Quais as vivências dos enfermeiros perante uma situação de PCR, numa Unidade de Cuidados Continuados?.

Deste modo, formulou-se para o presente estudo como objetivo geral de compreender as vivências dos enfermeiros, numa UCC, na intervenção face à pessoa em PCR.

Para dar resposta a este objetivo, optamos por um estudo exploratório descritivo inscrito numa abordagem qualitativa. Como instrumento de recolha de dados utilizamos a entrevista semiestruturada.

Nas UCC onde os utentes estão na maioria do tempo estáveis, pode-se desencadear dilemas, dúvidas e sentimentos, quando surgem estas situações. Assim, além da mais-valia pessoal, considera-se que esta pesquisa possa apontar contributos para uma melhor compreensão da problemática em Unidades de Cuidados Continuados, repercutindo-se na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em Paragem Cardiorrespiratória.

O presente estudo encontra-se organizado da seguinte forma, no primeiro capítulo enquadram-se teoricamente os eixos estruturantes desta temática, a pessoa em falência cardiorrespiratória, onde se contextualiza a filosofia da RNCCI, a intervenção de enfermagem na PCR. De seguida, as reflexões sobre os dilemas que se colocam aos profissionais de saúde perante a tomada de decisão ética num evento crítico e complexo como este. O segundo capítulo integra a descrição do percurso metodológico

desde a problemática e os objetivos de estudo, tipo de estudo, território de pesquisa e participantes, procedimentos de recolha e análise de dados, finalizando com considerações éticas que acompanharam o desenvolvimento da pesquisa. No terceiro capítulo procedemos à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos, seguindo-se por fim as principais conclusões.

CAPÍTULO I: A PESSOA EM PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA EM CUIDADOS CONTINUADOS

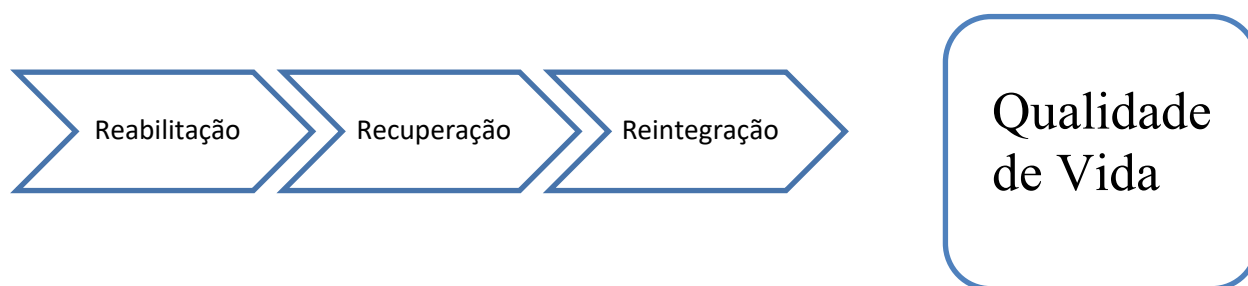
1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

No âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, foi criada através do Decreto-Lei nº101/2006, a RNCCI. Esta, é composta por unidades de internamento e ambulatório com equipas hospitalares e domiciliárias, e surgiu com o objetivo de dar uma resposta mais ajustada às novas necessidades no âmbito da saúde, associadas ao fenómeno de envelhecimento das populações e ao consequente aumento de pessoas em situação de dependência. Assim, e tal como refere a alínea a do artigo 3 do Decreto-Lei nº 101/2006, os Cuidados Continuados Integrados são definidos como:

“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde ou apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade de pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

Também seguindo o mesmo documento, os Cuidados Continuados Integrados (CCI) assentes nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, visam a reabilitação, readaptação, reintegração social, a promoção e manutenção de conforto e qualidade de vida da pessoa, mesmo em situações irrecuperáveis. A Figura 1 pretende sintetizar a filosofia dos CCI.

Figura 1. Filosofia de prestação dos cuidados na RNCCI



Os objetivos específicos para a RNCCI são definidos no artigo 4.º do Decreto-lei 101/2006, e são respetivamente:

- A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;

- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação de cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados e integrados e de cuidados paliativos.

Os cuidados são assegurados por unidades de internamento e unidades de ambulatório, através, respetivamente, de equipas hospitalares e equipas domiciliárias. As unidades de internamento podem ser unidades de convalescença, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e cuidados paliativos.

De todas as unidades de internamento, destaca-se a Unidade de Média Duração e Reabilitação, dado constituir uma unidade intermédia, onde as intervenções da equipa multidisciplinar são dirigidas à reabilitação e recuperação, o mais precocemente possível, de modo a promover a autonomia e bem estar possível e o regresso do utente ao meio familiar/social.

Nestas unidades, o período de internamento compreende, na maioria dos casos, a duração de 30 a 90 dias por cada admissão. As Unidades de Média Duração e Reabilitação recebem utentes provenientes de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento.

Estas unidades têm como referência, utentes com perda de autonomia potencialmente recuperável, que requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, duração ou ausência de apoio social por parte dos cuidadores e/ou equipas de cuidados continuados integrados, não possam ser prestados no domicílio. Considera-se critério de referenciação específico para admissão nestas unidades situações de dependência

que, na sequência de uma doença aguda ou agudização de doença crónica, demonstre alguma destas condições (RNCCI, 2011).

Os utentes são referenciados para a RNCCI pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) do hospital de agudos ou pelas Equipas Referenciadoras dos Cuidados de Saúde Primários. Estas efetuam o diagnóstico da situação de dependência mediante avaliação médica, de enfermagem e social. Posteriormente, a decisão é validada pela Equipa Coordenadora Local (ECL) da área de residência do utente, consoante os formulários e processos de registo estabelecidos pela Coordenação Nacional da RNCCI.

Por norma, aquando da referenciação de um utente para uma unidade ou equipa prestadora, tem-se em conta a proximidade do mesmo à sua área de residência, bem como, a sua preferência (RNCCI, 2011).

2. A pessoa em paragem cardiorrespiratória: do reconhecimento da situação à intervenção

Segundo Aehlert (2007) a PCR consiste na ausência de atividade mecânica cardíaca, confirmada pela ausência de pulso detetável, ausência de resposta e apneia ou respiração agónica.

Assim, acontecimento de PCR pressupõe que a pessoa não responda a estímulos verbais e táteis, não respire e não apresente sinais de circulação. No entanto, existem casos em que a pessoa não respira e não responde a estímulos, mas possui sinais de circulação – este caso específico culminará também em PCR, caso não se intervenha rápido e adequadamente (Bastos [et. al] 2011).

Existem diversas causas que poderão levar à PCR, e, inevitavelmente a uma situação de emergência, tais como a obstrução das vias aéreas, enfarte agudo do miocárdio, afogamento, eletrocussão entre outros (Aehlert, 2007).

Segundo Madeira e colaboradores (2011) as principais causas da PCR são devidas a obstrução da via aérea por: sangue, aspiração de conteúdo gástrico, corpos estranhos, secreções, depressão do estado de consciência, edema e espasmos. Em relação às patologias respiratórias, podem estar na origem de PCR a doença pulmonar obstrutiva crónica, apneia, infeção, asma ou embolia. As patologias cardíacas centram-se no enfarte agudo do miocárdio, na cardiopatia, na acidose, nos desequilíbrios eletrolíticos, e na electrocução.

Nas UCC, os doentes não estão monitorizados, a PCR, ocorre assim, geralmente como um acidente súbito e imprevisto. Maioritariamente, nestes utentes, verifica-se uma

deterioração fisiológica, como a hipoxia e hipotensão, que não é detetada pelos profissionais de imediato (European Resuscitation Council, 2015).

A vigilância do utente e a identificação dos sinais de alerta são então de extrema relevância. A equipa de enfermagem tem um papel fulcral no que diz respeito à verificação periódica dos sinais vitais e na vigilância das alterações do estado de consciência.

Segundo o estudo de Souza [et al] (2019), identificaram como sinais de alerta pré PCR: alterações neurológicas, como alteração do nível de consciência, convulsão, hemiparesia, desvio da comissura labial, disartria; sintomas de síndrome coronária aguda, como dor torácica, aperto ou sensação de peso, como irradiação para a mandíbula, braços e região torácica posterior; sinais de choque, como a mudança de cor, humidade e diminuição da temperatura nas extremidades do paciente – extremidades pálidas, acinzentadas, húmidas ou cianóticas; alterações dos sinais vitais, nomeadamente frequência cardíaca, respiratória e saturação de O₂.

Muitas vezes a equipa de enfermagem é a primeira a identificar as alterações clínicas dos utentes. Estas alterações podem ser detetadas através da monitorização dos sinais vitais e pela alteração do estado de consciência. A identificação precoce destas alterações aumenta a sobrevida e melhora a qualidade de vida dos utentes evitando/diminuindo o tempo de PCR.

Andersen [et al] citados por Souza e colaboradores (2019) verificou no seu estudo que existe uma alta prevalência de sinais vitais anormais antecipando a PCR. Três utentes com sinais vitais anormais apresentaram uma mortalidade 20% superior àqueles utentes sem qualquer tipo de alteração, sendo possível estabelecer uma relação direta existente entre essas alterações e o aumento da taxa de mortalidade.

Dada a natureza do contexto das Unidades de Cuidados Continuados, e tendo em conta que o clínico não está 24 horas presente, perante uma situação de PCR, os enfermeiros devem chamar ajuda (contactar 112) e iniciar manobras de SVB com utilização de Desfibrilhador Automático Externo (DAE). De acordo com a RNCCI (2011) a permanência do clínico/fisiatra nas Unidades dos Cuidados Continuados será de 40 horas semanais nas Unidades de Convalescença; 30 horas semanais nas Unidades Média Duração e Reabilitação e 20 horas semanais nas Unidades Longa Duração.

Cadeia de Sobrevivência

É fundamental uma intervenção rápida por parte de quem presencia a PCR, com base em procedimentos específicos e devidamente sistematizados que enquadram a Cadeia de Sobrevivência (INEM, 2017).

O conceito de cadeia de sobrevivência advém da noção de sequência e interligação de um conjunto de procedimentos que podem salvar vidas, ou seja, essenciais para recuperar a pessoa vítima de PCR. Como qualquer corrente, a sua robustez avalia-se pela resistência dos seus elos, sendo desta forma todos importantes.

Segundo a mesma fonte, acionar os serviços de emergência previamente à PCR, iniciar de imediato as manobras de SBV e desfibrilhação, bem como, cuidados pós reanimação de qualidade, influenciam diretamente na sobrevida e na sua qualidade, após o evento de PCR. Assim, estes procedimentos permitem diminuir os índices de morbilidade e mortalidade associados à PCR e aumentar a possibilidade de sobrevivência.

A Cadeia de Sobrevivência interliga quatro elos igualmente importantes, mas vitais para o sucesso da reanimação: reconhecimento precoce da situação e ativar os serviços de emergência ou equipa de emergência intra-hospitalar; reanimar com SBV precoce; desfibrilhação precoce e estabilizar com Suporte Avançado de Vida (SAV) precoce e cuidados pós reanimação com abordagem diferenciada da via aérea, recurso a fármacos e correção de possíveis causas de PCR (INEM, 2017).

Habitualmente a cadeia de sobrevivência é representada pelos elos encadeados conforme ilustra a figura 2, tendo como grande objetivo recuperar a vítima em PCR.

Figura 2. Cadeia de Sobrevivência



Fonte: Manual Suporte Básico de vida Adulto, INEM (2017)

Passemos a uma breve abordagem de cada um dos elos que a constituem, seguindo as guidelines internacionais (INEM, 2017).

No primeiro elo, o **reconhecimento precoce e ligar 112**, nomeadamente a existência de contacto prévio à ocorrência de PCR, aumenta a sobrevivência da vítima, tal como se verifica numa identificação atempada de um enfarte agudo do miocárdio.

Em Portugal, a resposta é garantida pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), do INEM. Os profissionais desempenham um papel fundamental no reconhecimento da PCR, na informação/instrução, e acompanhamento das manobras de reanimação, bem como na gestão dos meios a acorrer ao local do evento crítico.

No intervalo de tempo decorrente entre a ativação e a chegada dos serviços de emergência ao local, emerge o segundo elo da cadeia, a realização das **manobras de SBV**. Estas, são constituídas por dois grandes gestos: as compressões torácicas e as insuflações.

Está comprovado que o início imediato de manobras de SBV aumenta a sobrevida das vítimas, ou pelo menos poderá duplicar as hipóteses de sobrevivência das mesmas. Segundo as diretrizes atuais, emanadas para o SBV com DAE, o atraso na desfibrilhação reduz a probabilidade de sobrevivência entre 10 a 12%. Nos casos em que apenas o SBV é realizado, a taxa de sobrevivência é menor (3-4%) (INEM, 2017).

Segundo a American Heart Association (AHA) (2015) a minimização entre a interrupção das compressões e a administração do choque melhora a probabilidade de sobrevivência e a eficácia do choque. A alta probabilidade de sobrevivência está associada a fatores como:

- Treino dos profissionais de saúde;
- Resposta planeada e praticada;
- Rápido reconhecimento da PCR;
- Realização imediata da Reanimação Cardiopulmonar (RCP);
- Desfibrilhação o mais breve possível, no prazo 3-5 min do colapso;
- Cuidados organizados pós-PCR.

A atualização das diretrizes da AHA (2015) advém das evidências que demonstraram que, tanto em ambientes intra-hospitalares como extra-hospitalares, muitos utentes em PCR não receberam RCP de alta qualidade, acabando a maioria por não sobreviver. Segundo a mesma fonte, quando iniciou o estudo *Get With The Guidelines-*

Resuscitation (2011), foi possível verificar que a qualidade da RCP era inconsistente, e nem sempre foram seguidas as diretrizes em vigor. No entanto, pôde constatar-se que entre 2011 e 2015 houve uma evolução positiva na probabilidade de sobrevivência em PCR, tanto em contexto extra como intra-hospitalar, conforme se pode observar no quadro 1.

Quadro 1. Evolução da sobrevivência após PCR

Atualização Estatística	PCR Extra-Hospitalar			PCR Intra-Hospitalar	
	Incidência, n	RCP por pessoas presentes no local (Geral), %	Probabilidade de sobrevivência* (Geral), %	Incidência,† n	Probabilidade de sobrevivência* Adultos, %
2015	326.200	45,9	10,6	209.000	25,5
2014	424.000	40,8	10,4	209.000	22,7
2013	359.400	40,1	9,5	209.000	23,9
2012	382.800	41,0	11,4	209.000	23,1
Linha de base		31	7,9		19

Fonte: AHA (2016)

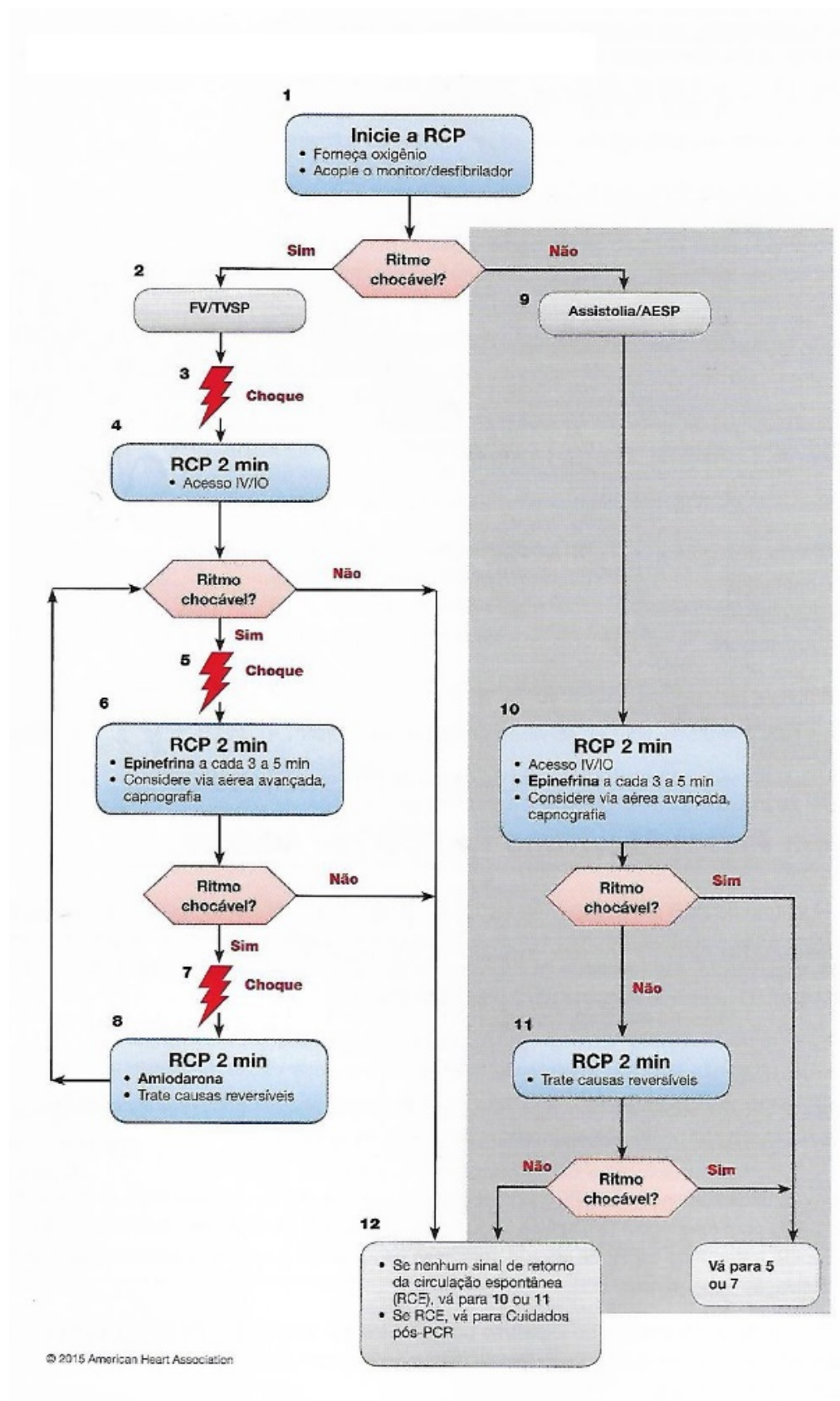
Na PCR, o ritmo mais frequente é a fibrilhação ventricular, sendo o tratamento eficaz para este ritmo cardíaco, a **desfibrilhação ventricular** (terceiro elo da cadeia) pela administração de choque elétrico.

Por fim, no último elo da Cadeia de Sobrevivência, é fundamental, para que a função cardíaca e respiratória se mantenha e não reverta novamente para PCR, **Estabilizar** “com recurso à abordagem diferenciada da via aérea, utilização de fármacos e correção das causas prováveis de PCR são ações fundamentais após a abordagem inicial da PCR.” (INEM, 2017, p. 6), por meio do SAV e outros cuidados pós reanimação.

Segundo o European Resuscitation Council (2015) intervenções como a desfibrilhação precoce entre os 3-5 primeiros minutos de PCR pode aumentar a taxa de sobrevivência

entre 50-70%. Assim, a desfibrilhação precoce nos ritmos de peri-paragem, fibrilhação ventricular e taquicardia ventricular, o SBV e a administração de adrenalina aumentam a probabilidade da função cardíaca, de um rápido retorno da circulação. Desta forma, apesar de existirem outros medicamentos e intervenções incluídos no algoritmo SAV (Figura 3) estes assumem uma importância secundária no que diz respeito à desfibrilhação precoce e às compressões interrompidas e de elevada qualidade.

Figura 3. Algoritmo de Suporte Avançado de Vida



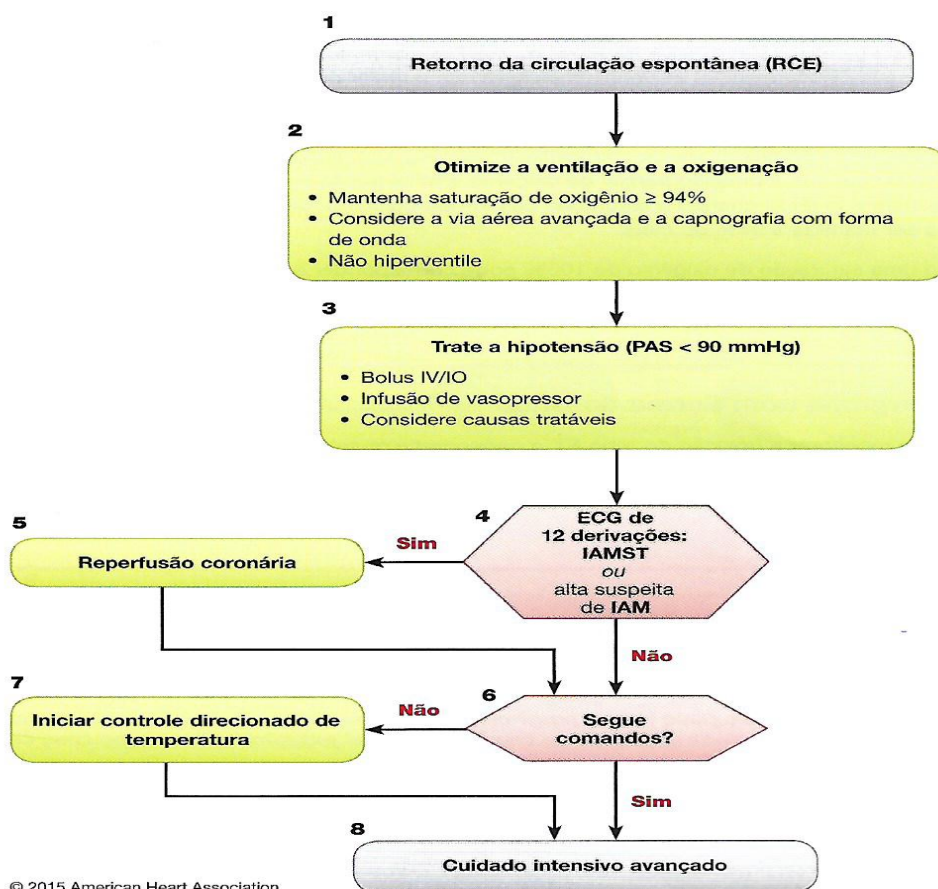
Fonte: AHA (2016)

Segundo INEM (2017) a qualidade dos cuidados pós reanimação está diretamente relacionado com a qualidade de vida após o evento de PCR.

Estudos demonstram que a maior parte das mortes após a ressuscitação de PCR ocorre durante as primeiras 24 horas (AHA, 2016). Assim, os cuidados imediatos pós PCR têm “um significativo potencial para reduzir a mortalidade precoce causada pela instabilidade hemodinâmica e morbidade tardia provocada por falência múltipla de órgão ou lesão cerebral”(AHA, 2016, p. 145).

Como podemos verificar na Figura 4, nos cuidados imediatos pós-PCR, deve-se manter saturações de O₂ na ordem dos 94%, tratar a hipotensão e realizar Eletrocardiograma (ECG) 12 derivações. Posteriormente, os utentes deverão ser internados numa unidade de cuidados intensivos, uma vez que estas unidades se diferenciam pela tecnologia sofisticada, nível de monitorização e intervenção e especialização dos recursos humanos, assegurando tratamento eficaz ao doente crítico através da prestação de cuidados especializados e contínuos.

Figura 4. Algoritmo Cuidados Imediatos Pós-PCR em adultos- Atualização 2015



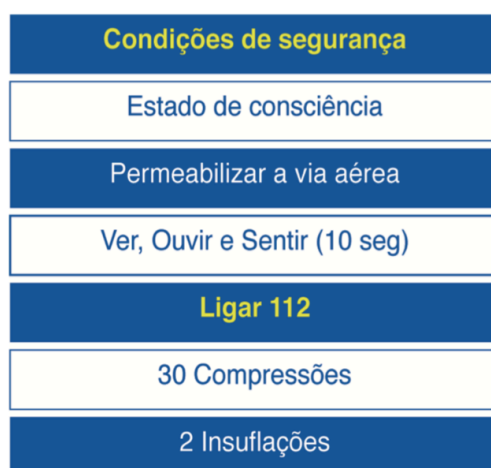
Fonte: AHA (2016)

Suporte Básico de Vida

Como abordado anteriormente, o segundo elo da cadeia de sobrevivência é o SBV, que pode ser definido como um conjunto de procedimentos a adotar perante a vítima em PCR, tendo como objetivo a manutenção da vida e o ganho de tempo, até à chegada de ajuda especializada (INEM, 2017).

O SBV assume um papel privilegiado na reanimação e deve ser iniciado por quem presencia e identifica a PCR, com a máxima qualidade e eficiência possível. O algoritmo do SBV, como podemos verificar na Figura 5, corresponde à avaliação das condições de segurança (quer para a vítima quer para o reanimador); à avaliação do estado de consciência (com estimulação física e verbal); à permeabilização da via aérea, ao ver, ouvir e sentir (10 seg); contactar os serviços de emergência (ligar 112); executar compressões cardíacas e insuflações (30:2).

Figura 5. Algoritmo SVB



Fonte: adaptado do INEM (2017)

Segundo as diretrizes da AHA (2015) os socorristas devem:

- Realizar compressões torácicas a uma frequência de 100/120 min;
- Comprimir a uma profundidade de pelo menos 2 polegadas (5cm);
- Permitir o retorno total do tórax após cada compressão;
- Minimizar as interrupções nas compressões;
- Ventilar adequadamente: 2 ventilações após 30 compressões. Cada ventilação deve ser administrada durante 1 segundo, provocando a elevação do tórax.

A Figura 6 resume os componentes do SBV de qualidade no adulto e adolescente.

Figura 6. Resumo dos componentes de uma RCP de alta qualidade

COMPONENTE	ADULTO E ADOLESCENTE
Segurança do local	<ul style="list-style-type: none"> • Verifique se o local é seguro para o socorrista e para a vítima
Reconhecimento de PCR	<ul style="list-style-type: none"> • Verifique se a vítima responde • Ausência de respiração ou apenas gasping • Nenhum pulso definido sentido em 10 segundos
Acionamento do serviço médico de emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Se estiver sozinho, sem acesso a um telefone, deixe a vítima e acione o serviço médico de emergência e obtenha um DAE, antes de iniciar a RCP • Se estiver acompanhado peça que ele acione o serviço de emergência e inicie imediatamente a RCP e use o DAE quando estiver disponível
Relação compressão/ventilação sem via aérea avançada	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ou 2 socorristas - 30:2
Relação compressão/ventilação com via aérea avançada	<ul style="list-style-type: none"> • Compressões contínuas a uma frequência de 100/120 min • Administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min)
Frequência das compressões	<ul style="list-style-type: none"> • 100/120 min
Profundidade das compressões	<ul style="list-style-type: none"> • No mínimo 2 polegadas (5cm). A profundidade da compressão não deve exceder 2,4 polegadas (6 cm).
Posicionamento das mãos	<ul style="list-style-type: none"> • 2 mãos sobre a metade inferior do esterno
Retorno do torax	<ul style="list-style-type: none"> • Espere o retorno total do tórax após cada compressão
Minimizar interrupções	<ul style="list-style-type: none"> • Limite as interrupções nas compressões torácicas a menos de 10 segundos.

Fonte: adaptado da AHA (2015)

Atualmente, em alguns serviços hospitalares, estão implementadas as equipes Médicas de Emergência Intra-Hospitalar (EEMI) que têm como objetivo melhorar a evolução do utente através da identificação e tratamento precoce da deterioração clínica do mesmo.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2010) cada hospital deverá, de acordo com a sua organização interna e os recursos disponíveis, assegurar a existência, 24 horas por dia, 365 dias/ano, de uma EEMI. Não são só ativadas para situações de PCR, mas, também, para situações de significativa deterioração fisiológica aguda. Estas equipes, são, de uma maneira geral, constituídas por um Médico e um Enfermeiro, ambos com competências particulares exigidas em abordagem avançada da via aérea e técnicas de reanimação.

A equipa deverá assegurar resposta a toda a instituição, mas também é imprescindível a formação de todos os profissionais da instituição em SBV, na monitorização clínica e nos critérios de ativação da EEMI (Circular Normativa nº15, 2010).

Não existindo nas UCC equipes médicas de emergência interna, depois do reconhecimento da situação, como já referido anteriormente, é acionado o sistema de socorro (nº 112) e iniciadas manobras de SBV com utilização de DAE até que a equipa extra-hospitalar chegue à unidade.

Existem evidências claras e consistentes de maior sobrevivência à PCR quando a pessoa que presencia, inicia SBV e rapidamente usa DAE. A implementação de um programa de formação e utilização de DAE seria uma mais valia nas UCC e um elo importante na cadeia de Sobrevivência (AHA, 2015).

Está comprovado pela evidência científica mais atual que o início precoce de manobras de SBV é um fator primordial no aumento das possibilidades de recuperação da vítima de PCR e assim, uma eventual diminuição das sequelas (European Resuscitation Council, 2015).

A formação em SBV de toda a equipa de saúde, incluindo os auxiliares de ação médica é tida como uma ferramenta primordial para a prestação inicial de cuidados de saúde em situações de emergência (Ordem dos Enfermeiros, 2015), sendo também uma prioridade nas UCC.

O curso de técnico auxiliar de ação médica engloba no seu plano curricular formação em SBV, sendo que apenas algumas instituições de saúde englobam o SBV como

requisito obrigatório. Tendo em conta a importância do SBV nos cidadãos, como veremos de seguida, não deveria esta formação ser uma exigência nas instituições de saúde?. Na instituição em estudo, esta formação não é de cariz obrigatório para esta categoria profissional, é apenas obrigatório para os enfermeiros.

Roppolo e Pepe (2009) mencionam que quantos mais cidadãos apresentarem formação em SBV, maior será a possibilidade de ser realizado eficazmente e consequentemente contribui para o aumento da sobrevivência em contexto pré-hospitalar.

Bohn [et al] (2012), identificaram como principais motivos para que os cidadãos não iniciem manobras de SBV, o erro no reconhecimento da PCR, a falta de conhecimentos sobre SBV, o medo de infeção, e o medo de fazer algo errado. Concluíram ainda que, a principal razão de não se iniciarem manobras de SBV é a vítima manter uma respiração agónica e consequentemente não ser interpretada como pré sinal de PCR.

Miraveti (2016), no estudo da avaliação do conhecimento teórico e as habilidades práticas antes e após a realização de um curso de SBV para a população em geral, concluiu que, mesmo utilizando diferentes estratégias de formação em SBV, estas foram eficazes, e os objetivos foram alcançados. Os participantes apresentaram melhores resultados após a formação, quer a nível teórico, quer a nível prático. A autora refere ainda a necessidade de atualizações, pois numa das suas avaliações anteriores identificou perda de retenção de conhecimentos e práticas.

Cho [et al] (2010) concluíram no seu estudo que os formandos ficam mais confortáveis para realizar apenas compressões em vez de compressões/ventilações a um estranho. A formação em SBV traduz também confiança e maior disponibilidade para os socorristas leigos realizarem manobras.

2.1 Cuidar a pessoa em situação crítica em Cuidados Continuados

Com o aumento da esperança média de vida e o subsequente envelhecimento da população, foi necessário que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) se reestruturasse criando novas respostas para fazer face a este fenómeno emergente. Assim, como já foi referido, com o decreto lei nº 101/2006, foi criada a RNCCI com o objetivo de fazer face à carência de respostas da rede nacional de cuidados de saúde.

Torna-se importante analisar qual a área de atuação do enfermeiro especialista perante a pessoa em situação crítica, uma vez que, possui um tipo de formação específica e transversal a outras especialidades que o torna uma mais-valia nas unidades de saúde.

Assim, e por toda a formação adquirida, cabe ao mesmo prestar cuidados diferenciados e de qualidade acrescida, à pessoa em situação crítica. Em qualquer contexto clínico, o enfermeiro especialista deve estar atento de modo a precaver e antecipar situações de instabilidade, que levem à degradação do estado clínico da pessoa internada. Após identificar casos de instabilidade, este deve agir prontamente, utilizando protocolos complexos tendo como prioridade a deteção de instabilidades fisiológicas, o controlo da dor da pessoa, não descartando também o papel fundamental no controlo da infeção. A comunicação com o utente e respetiva família deve ser sempre privilegiada (Regulamento nº 124/2011).

O enfermeiro especialista da pessoa em situação crítica, por todas as competências que possui desempenha um papel fundamental no seio da equipa perante a necessidade de intervenção em pessoas em situação de PCR. Assim, o enfermeiro especialista presta cuidados de enfermagem que exigem observação e procura contínua, por forma a conhecer constantemente a situação da pessoa a quem presta cuidados, por forma a prever e detetar precocemente as complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo o Regulamento 124/2011, algumas das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica passam por desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas e estratégias institucionais na área da governação clínica e cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica devem dar resposta às necessidades afetadas, sendo prestados de forma contínua, e com o objetivo de manter as funções básicas de vida, a prevenção das complicações e a diminuição das incapacidades, com a finalidade da recuperação total do doente (Regulamento nº 124/2011).

Enfermeiro especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Diário da República, 2ª série nº35-18 de fevereiro de 2011).

A pessoa em situação crítica é definida pela OE como “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 124/2011, p.1).

A essência da profissão de Enfermagem é o cuidar, ou seja, manter a vida, promover a autonomia e bem estar possível, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, que se manifestam de modo individual em cada pessoa (Collière, 2000).

O cuidar passa por desenvolver o potencial de vida e capacidades individuais, tendo em conta sempre a valorização e significado que cada um atribui. Hesbeen (2000, p.37) define cuidar como “a arte daquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular.”

Henderson definiu as principais funções dos enfermeiros, referindo que um dos principais focos devem ser “assistir o indivíduo, doente ou são, na realização de atividades que contribuam para a sua saúde, recuperação ou para o auxílio numa morte tranquila, atividades estas que em situações normais seriam realizadas autonomamente pela pessoa se para tal tivesse força, vontade, e o conhecimento necessário” (Tomey, 2002, p. 114).

Nas UCCs não está preconizada a permanência de médico 24 horas por dia, e como já referido anteriormente, apenas existe um número de horas semanal entre 40 a 20 horas que as instituições têm de cumprir.

Assim, assume-se de extrema importância combater as dificuldades, limitações e necessidades dos profissionais de saúde perante uma situação de PCR, uma vez que, estes fatores podem interferir com a sobrevivência das vítimas. Para isso, torna-se importante identificar estas dificuldades para que se possa intervir a nível da formação. Desta forma, e tendo cada vez mais profissionais qualificados, será possível dar resposta às necessidades dos utentes e consequentemente aumentar a qualidade e a esperança média de vida.

Num estudo realizado por Araújo [et al] (2008), foi possível perceber que apesar dos enfermeiros reconhecerem a importância da PCR, apenas 18% acertaram a correta

sequência de atuação, e dos 11 entrevistados apenas 2 estavam atualizados em relação às novas diretrizes internacionais da ressuscitação cardiopulmonar.

Já no estudo realizado por Graça [et al] (2008), observou-se que os problemas mais frequentes que dificultam a atuação perante uma PCR estão relacionados com o espaço físico, recursos materiais e humanos. Além destes fatores, os profissionais vivenciam uma relação com o processo de dor, morte, sofrimento, irritabilidade, entre outros sentimentos, podendo assim ser um fator desencadeador de um processo de doença.

Moreira (2015) identificou como fatores que dificultam a atuação do enfermeiro, de uma unidade de internamento, perante a situação de PCR a inexperiência do enfermeiro, o défice de conhecimentos relativos aos equipamentos e aos procedimentos, fatores relacionados com os recursos (humanos, materiais e condições físicas) e a tomada de decisão em reanimar ou não reanimar. O trabalho em equipa, a formação contínua e a partilha de experiências para refletir sobre a situação e ajudar no alívio do stress, foram os fatores facilitadores que emergiram no estudo. Também foi possível verificar que situações como esta desencadeiam diversos sentimentos nos enfermeiros. Entre os sentimentos positivos destacam-se a felicidade e a satisfação, como sentimentos negativos emergiu a angústia, a ansiedade, a frustração, a impotência, o medo e o stress.

Os resultados obtidos no estudo de Azevedo (2016) mostram que os fatores dificultadores da intervenção da equipa de enfermagem face à pessoa em PCR, foram a inexperiência na prática da RCP, a articulação das equipas, o défice de rácios enfermeiro-doente, a utilização do carro de emergência, a gestão do stress, o dilema ético que a RCP envolve e a estrutura física. Como aspetos potenciadores da intervenção da equipa de enfermagem, face à pessoa em PCR, destacou-se a formação, a experiência em situações de PCR, a capacidade para a gestão do stress, o trabalho em equipa, a concentração, o rácio adequado enfermeiro-doente e a estrutura organizacional. Este estudo foi realizado num serviço de internamento de ortopedia.

Num estudo de construção e validação de uma Escala de Perceção de Dificuldades na assistência à PCR Intra-Hospitalar, constituída por diversos fatores (atuação em RCP; competência para a tomada de decisão em RCP; resposta em tempo útil à PCR; deteção, alerta e resposta à PCR; ativação da ajuda diferenciada à PCR), realizado por Catalão [et al] (2017), foi possível verificar que os profissionais apresentaram menos dificuldades na ativação da ajuda diferenciada à PCR. Para além das dificuldades noutros domínios, verificaram a existência de dificuldades em realizar os procedimentos

de emergência ou mesmo dificuldade em manusear o carro de reanimação cardiopulmonar e restantes materiais e fármacos. A amostra foi constituída por médicos e enfermeiros que assistem vítimas de PCR de um hospital distrital.

Segundo Guerra (2017), no seu estudo desenvolvido numa unidade de internamento foi possível verificar no seu estudo que as dificuldades que interferem na atuação dos enfermeiros perante uma situação de emergência são: o défice de conhecimentos, a escassez de recursos (humanos e materiais), a inexperiência, a falta de formação, a falta de treino, a ineficácia do trabalho de equipa, a comunicação ineficaz, a estrutura física do serviço, a inserção da família, a tomada de decisão de reanimar ou não reanimar e o incumprimento de algoritmos. O apoio do médico, o reconhecimento da situação de emergência, a intervenção atempada, a existência de recursos humanos suficientes, a organização dos recursos materiais, o trabalho de equipa, a experiência profissional, a formação prévia, a comunicação em equipa, a estrutura física facilitadora e a reflexão sobre a ação, emergiram como fatores facilitadores da sua atuação. Foi possível também verificar que as situações de emergência desencadeiam nos enfermeiros diversos sentimentos, tais como: stress, impotência, satisfação, frustração, ansiedade, medo, tristeza e angústia.

Assim, perante a complexidade da PCR e para que os enfermeiros e a sua equipa tenham um excelente desempenho e desenvolvam as competências e habilidades preconizadas, é indispensável que as instituições de saúde desenvolvam programas de formação contínua. Nesta perspetiva, sendo a PCR uma emergência grave, requer sistematização e agilidade nas manobras de RCP para assegurar uma reanimação bem sucedida e o mínimo de sequelas para a vida da pessoa reanimada.

2.2 Dilemas Éticos na situação de Paragem cardiorrespiratória

A Ética assume-se como um ramo da filosofia que se ocupa “em estabelecer valores, ou seja, propõe a valoração do comportamento humano” (Malagutti, 2007, p.6), estuda, assim, os princípios que estão na base de cada ação humana.

Na área da saúde, o paternalismo deu lugar a uma atitude profissional de valorização da autonomia, do altruísmo e da beneficência, sendo que esta última consideração “se veio a constituir como pilar ético da prática dos profissionais de saúde, ao propor que se atue de modo que as consequências da intervenção sejam para o bem do doente” (Barbosa e Neto, 2010, p. 661).

Segundo os mesmos autores, questões como a efemeridade da vida e a finitude da existência humana, não surgem apenas no próprio utente e respetivos familiares, mas, também, nos próprios “profissionais de saúde que são confrontados amiúde com desconforto psicossocial, existencial e espiritual” (2010, p. 597).

O objetivo final dos profissionais de saúde em relação a esta temática, será sempre a procura do bem estar físico, social e conforto espiritual, respeitando as diretrizes éticas, como a autonomia e a dignidade pessoal, permitindo intervir em cuidados globais que trarão, certamente, ganhos para o processo de doença.

A formação técnica do enfermeiro é importante, mas não basta, “a ética deverá estar presente em cada conduta profissional sua, respeitando o princípio da dignidade do ser humano” (Malagutti, 2007, p.29). Assim, associa vários saberes científicos, sociais, humanos e tecnológicos, e designa uma nova dimensão de reflexão acerca da prática de ações humanas em contexto clínico e investigativo, respeitando valores máximos de autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e vulnerabilidade (idem).

No que diz respeito à Bioética, esta, pressupõe uma lógica entre o pensar e o agir, entre o dever e o poder.

A Bioética constitui-se como uma tentativa de incluir os valores na decisão clínica para melhorar a precisão e qualidade” (Barbosa e Neto, 2010, p. 702). Ainda assim, a deliberação ética torna-se essencial para fornecer argumentos explícitos e válidos para as tomadas de decisão prudentes de uma equipa de saúde. “Passa por uma análise racional das situações [...] para encontrar a solução ótima, ou menos má, perante situações incertas” (idem, 2010, p. 703), sendo, então, universal, relacional e prática, enriquecendo a análise do problema a fim de se incrementar a prudência na tomada de decisão.

Assim, pretende-se que, ao lidar com a incerteza moral e com todos os valores em conflito, todos os processos de tomada de decisão em ética relacional, se assumam como objetivo maior da qualidade dessa mesma tomada de decisão, em prol de um fim máximo: o bem-estar nas várias dimensões do utente/família (idem).

A decisão de não reanimar, em caso de PCR em pessoas com doença grave, aguda ou crónica, presumivelmente irreversível, orienta a equipa cuidadora do utente, uma vez que o importante será evitar o prolongamento artificial da vida, em vez de deixar que o seu final, naturalmente aconteça.

Constituí um desafio, pela complexidade da situação e dos pontos de vista, gerir e tomar a melhor decisão associada à reanimação, sobretudo, quando se colocam questões éticas aos profissionais de saúde, ao decidir se fornecem ou não intervenções cardiorrespiratórias de emergência (American Heart Association, 2015).

Segundo a mesma fonte, as decisões que envolvem questões éticas, podem variar dependendo de um conjunto de fatores como as características da população, dos utentes, dos contextos e dos profissionais que desenvolvem a intervenção.

Como recomendações que podem ajudar nas decisões éticas, aponta entre outras, fatores de prognóstico durante e após PCR, bem como, identificação documentada de pessoas que, pela sua situação de saúde apresentam condições específicas de intervenções ou limitações de final de vida.

Um dos problemas encontrados pelos enfermeiros na Ordem de Não Reanimar (ONR) é que os mesmos não têm ação direta na tomada de decisão. Muitas vezes questionam a decisão clínica e quando há discordância, deve-se tentar em equipa, uma reflexão conjunta sobre o melhor para o utente. O papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar é indispensável, pois estão em contacto direto com os utentes 24 horas/dia e demonstram conhecimento técnico-científico e autonomia no seio da equipa. (Trigueiro [et al], 2010).

Em 2008 no parecer 44/2008, a Ordem dos Enfermeiros preconiza que:

“a decisão de “reanimar” e “não reanimar” deverá ser uma decisão consensual da equipa de saúde, para que todos disponham do mesmo nível de informação. Segundo as boas práticas dos sistemas de informação em saúde da continuidade de cuidados, deverá estar registada no processo clínico e especificado por escrito a natureza do tratamento ou dos meios terapêuticos a não aplicar ou suspender.”

pelo que a decisão de reanimar ou não reanimar não deve ser uma decisão exclusiva médica.

A Ética faz parte da vida do ser humano e, como tal, todos os homens têm comportamentos diferenciados e únicos. A ética é um princípio que cada indivíduo traz consigo desde a infância. É um valor adquirido na sua relação familiar e quotidiano da sua existência. Tendo em conta o conteúdo do artigo 78º do Código Deontológico dos Enfermeiros, este artigo é designado “artigo ético”, uma vez que está patente o respeito pela dignidade humana. Cada ser humano é um ser único e possui uma dignidade

absoluta. A dignidade é um atributo humano sentido e criado pelo homem, desenvolvido e estudado, e que existe desde os primórdios da humanidade.

A vida digna pode ser considerada como aquela em que estão presentes os valores essenciais para o pleno desenvolvimento da pessoa, próprios para as suas necessidades, aptos para as suas características, identificados e individualizados de forma a satisfazer o seu titular. Assim, é fundamental entender e compreender o que é a pessoa humana, não devendo tratá-la como apenas uma pessoa, mas sim como um ser humano, pessoa como um todo, com as suas aptidões, necessidades e singularidades (Levy, 2011).

O prolongamento da vida através da utilização de uma terapêutica inútil, apenas adia a morte e aumenta uma agonia programada. Entende-se por obstinação terapêutica “o recurso a formas de tratamento cujo efeito é mais nocivo do que os efeitos da doença, ou inútil, porque a cura é impossível e o benefício esperado é menor do que os inconvenientes previsíveis.” (Lima, 2006, p.81).

CAPÍTULO II: PERCURSO METODOLÓGICO

A investigação científica, através de um processo coerente, permite resolver problemas ligados a fenómenos do mundo real, produzir novos saberes, clarificar e validar conhecimentos previamente existentes (Fortin, 2009).

Na Enfermagem, como disciplina em evolução, a investigação permite a criação de uma base científica, contribuindo para o desenvolvimento do seu conhecimento próprio e para a melhoria da qualidade da prática clínica dos seus profissionais.

Assim, neste capítulo, serão descritas de modo sucinto, as opções metodológicas que se adotaram para a concretização desta investigação.

2.1 Da problemática aos objetivos do estudo

As unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação foram concebidas para após o controlo da situação de saúde, proceder-se à avaliação e reabilitação integral da pessoa. Ainda se prevê alguma responsabilidade clínica, para os utente antes do regresso a casa, que necessitem de alguma vigilância clínica, até à estabilização e reabilitação da sua total ou possível autonomia.

Neste tipo de unidade, os utentes são referenciados tendo por base o seu prognóstico, isto é, o tempo que irão necessitar para melhorar a sua condição de saúde. Utentes em situação de pós-operatório, que requerem cuidados complexos de reabilitação, utentes com problemas respiratórios que precisem de cinesiterapia respiratória e utentes que tenham tido um acidente vascular cerebral (AVC) com défices motores, são exemplos de diferentes casos que possuem diferentes prognósticos (RNCCI, 2011).

De acordo com Smith cit Nolan (2010) de uma maneira geral, e pela sua presença ininterrupta nos serviços, os enfermeiros são os primeiros a presenciar uma PCR, nomeadamente em UCC, média duração, onde exercemos a nossa atividade profissional e onde não existe presencialmente médico diariamente. Torna-se assim de extrema importância a vigilância e a deteção precoce dos sinais de alerta, nomeadamente degradação do estado geral do utente e consequentemente uma rápida atuação.

O estudo mostra-se extremamente pertinente, nomeadamente pela inquietude e até mesmo pelo stress pessoal, no desempenho de funções como enfermeira generalista numa unidade de Média Duração, bem como, pelas preocupações da equipa de enfermagem. Também pela pesquisa efetuada não foram encontrados estudos neste contexto, pelo que se torna ainda mais interessante o desenvolvimento deste trabalho.

Assim, formulamos a seguinte questão de investigação: Quais as vivências dos enfermeiros, perante uma situação de PCR, numa Unidade de Cuidados Continuados?

Para a formulação da questão de investigação foi necessário ter em conta os elementos a considerar: a questão é atual, passível de concretizar e, como anteriormente justificado, importante e com significância para a profissão de enfermagem e para os enfermeiros (Fortin, 2009).

Uma questão deste âmbito assume-se como “uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações” (Fortin, 2009, p.17), pelo que, deverá ser clara, objetiva, sem espaço para equívocos e com referência ao foco populacional que se pretende investigar. Finalmente, a questão de investigação deverá respeitar o princípio de que o domínio do tema terá que ser, indiscutivelmente, do interesse do investigador (idem).

Com base na problemática e na questão de partida, este estudo tem como finalidade, contribuir para a reflexão dos enfermeiros sobre a sua intervenção perante a pessoa em PCR e consequentemente para a melhorar as intervenções nesta situação em Unidades de Cuidados Continuados.

Definimos como objetivo geral, compreender as vivências dos enfermeiros, em contexto de Unidade de Cuidados Continuados, na intervenção face à pessoa em PCR.

Decorrentes do objetivo geral formulamos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever sentimentos e emoções vivenciados pelos enfermeiros face à pessoa em PCR;
- Descrever a perceção dos enfermeiros, sobre as suas intervenções de em situações de PCR;
- Identificar dificuldades na intervenção dos enfermeiros face à pessoa em PCR;
- Identificar fatores que favorecem a intervenção dos Enfermeiros face à pessoa em PCR;
- Explorar as implicações das experiências vivenciadas pelos enfermeiros em situações de PCR para o seu desempenho profissional.

2.2 Tipo de estudo

Quando se investiga um problema, a escolha e o tipo de estudo é bastante importante pois descreve a estrutura a utilizar para atingir os objetivos (Fortin, 2009). Para esta pesquisa, optamos por um estudo exploratório descritivo inscrito no paradigma qualitativo.

Segundo a autora “os estudos descritivos visam compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação” (2009, p. 221).

Com esta tipologia de estudo, é possível através de um pequeno grupo de sujeitos, formular hipóteses com precisão, escolher as técnicas mais apropriadas para a própria pesquisa e, ainda, definir as questões que mais carecem de investigação, de forma a ser possível antecipar potenciais dificuldades e/ou áreas de resistência. É possível compreender e analisar um fenómeno em particular, neste caso, quais as vivências dos enfermeiros, perante uma PCR.

2.3 Contexto de estudo

O estudo decorreu numa UCC da região Norte de Portugal, pertencente à Santa casa da Misericórdia. A UCC é constituída por uma unidade de Média Duração e Reabilitação, uma unidade de Longa Duração e Manutenção e uma unidade de Convalescença, e presta cuidados de saúde e de apoio social de forma contínua e integrada. Prioriza a busca pela excelência de cuidados prestados como uma constante. O esforço de todos os colaboradores é notório para atingir esse objetivo, em conformidade com desígnios emanados no Decreto Lei 101/2006. Como objetivo primordial, a instituição visa promover a resposta social de forma sustentada e integrada numa rede de parceiros sociais, e ser uma referência enquanto instituição, aproximando as pessoas através da consolidação de afetos, do desenvolvimento humano e de valorização do utente e da qualidade dos serviços prestados.

São objetivos da Santa Casa da Misericórdia, a melhoria da qualidade de vida atual e futura dos utentes e dos seus familiares; a atenção às potencialidades de cada utente; a atenção às necessidades das famílias; a promoção da efetiva integração social dos utentes; o respeito absoluto pela legalidade, pela igualdade de tratamento de todos os utentes/familiares atendidos e pelos direitos e interesses destes, protegidos por lei; a qualidade de gestão assente em critérios técnicos, humanos, económicos e financeiros eficazes, alinhando com os objetivos definidos no Decreto-lei 101/2006 para a RNCCI (Santa Casa Misericórdia, 2009).

A UCC é constituída por uma equipa de saúde multidisciplinar, com os elementos necessários previstos – médicos, enfermeiros, psicóloga, assistentes sociais, fisioterapeutas, fisiatra, terapeuta da fala, entre outros - e os seus voluntários, que, numa excelente fusão de saberes e competências desenvolvem o seu trabalho em prol de um

bem comum: a qualidade de vida dos utentes. Existe um total de 42 enfermeiros a trabalhar na instituição, sendo que, em cada unidade no turno da manhã são três elementos de enfermagem, na tarde dois elementos e no turno da noite um elemento, coadjuvado por uma auxiliar de ação médica. O apoio médico é assegurado algumas horas no turno da manhã e da tarde apenas por um clínico.

2.4 População e participantes

Os participantes, nomenclatura utilizada num estudo qualitativo, foram selecionados de forma intencional, uma vez que, a amostragem foi efetuada por escolha racional. Esta escolha, consiste em constituir uma amostra de participantes que comunguem de um traço característico (Fortin, 2009).

Os oito enfermeiros que participaram no presente estudo foram selecionados considerando os seguintes critérios de inclusão: aceitarem participar no estudo e ser enfermeiros que se encontravam na prestação direta de cuidados na Unidade Média Duração e Reabilitação que vivenciaram pelo menos uma situação de PCR.

Caraterizando os participantes (Quadro 2) predomina o sexo feminino, com idades compreendidas entre os 25 anos e os 42 anos, tendo metade cerca de 10 anos de serviço. A nível de formação especializada apenas um detém mestrado e pós licenciatura em Reabilitação e dois possuem pós graduação em Cuidados Paliativos, um pós graduação em abordagem ao doente critico e um pós graduação em feridas. Três participantes têm formação em SAV, seis têm formação em SBV com DAE e dois não detêm formação específica (SBV ou SAV). Em relação às intervenções em PCR, a maioria apenas participou em uma e os restantes atuaram em duas, três e quatro, cada um.

Quadro 2. Caraterização sociodemográfica dos participantes

Participantes	Idade (anos)	Sexo	Exercício profissional (anos)	Formação específica		Formação	Nº de intervenções em PCR
				SBV	SAV		
Enf. 1	42	M	4		X	-	4
Enf. 2	26	F	4	X	X	Pós graduação em cuidados continuados e paliativos	2
Enf. 3	23	F	1,5	X		-	1
Enf. 4	33	F	10	X		-	1
Enf. 5	33	F	9,5			Pós graduação cuidados paliativos e mestrado e especialidade em enfermagem de reabilitação	3
Enf. 6	25	F	2	X	X	Pós graduação em abordagem ao doente crítico	1
Enf. 7	33	F	10	X		Pós graduação em Cuidados Paliativos	2
Enf. 8	31	F	10	X		Pós graduação em intervenção avançada em Feridas	1

2.5 Procedimentos de recolha de dados

A estratégia de colheita de dados selecionada neste estudo foi a entrevista semiestruturada, que segundo Fortin define-se como “(...) um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação” (2009, p. 375). Assim, os participantes têm algum espaço para abordarem os assuntos com alguma liberdade mas, em simultâneo, permitir que o investigador recorra ao seu fio condutor, se necessário, direcionando a entrevista para os seus objetivos (idem).

Transversalmente à colheita de dados descritivos, a entrevista permite ao investigador desenvolver intuitivamente, os quadros de referência dos entrevistados e o modo como estes interpretam. A entrevista é utilizada na investigação social, pois permite que o investigador confronte a sua perceção do “significado atribuído pelos sujeitos aos acontecimentos, com aquela que os próprios sujeitos exprimem” (Lessard-Hebert [et al], 2005, p.160).

As entrevistas têm diferentes graus de estruturação, nomeadamente: entrevistas estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas. As entrevistas semiestruturadas são conduzidas a partir de temáticas gerais, mesmo quando seguem o guião, permitindo ao investigador abordar tópicos variados em que o entrevistado tem oportunidade de conduzir o seu conteúdo (idem).

Foi construído um guião de entrevista semiestruturada de acordo com os objetivos específicos delineados, que consta no apêndice I.

Efetuuou-se previamente uma entrevista pré-teste porque como refere Fortin é importante “descobrir os defeitos (...) e fazer correções que se impõe” (2009, p. 386). Uma entrevista não faz parte do corpus de análise, foi apenas efetuada com a finalidade de validar as questões e verificar a aplicabilidade, assim como, permitiu ao investigador treinar a técnica da entrevista.

Todas as entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2018 e janeiro 2019, após autorização por parte da instituição e consentimento informado. Recorreu-se à gravação dos discursos após solicitação e autorização dos participantes e posteriormente a sua transcrição na íntegra de modo a facilitar a análise dos mesmos.

2.6 Procedimentos de análise de dados

A análise de dados pressupõe que seja investigado o conteúdo das entrevistas realizadas e que este seja classificado por temas, através de um método específico para estudos qualitativos, nomeadamente análise de conteúdo (Bardin, 2011).

Para isso, e numa primeira fase, procedeu-se a uma leitura flutuante das entrevistas, por forma a familiarizarmo-nos com o conteúdo das mesmas.

Para a autora citada “fazer inferências a partir dos discursos verbais ou simbólicos dos sujeitos, procurando produzir inferências que confirmam relevância teórica” (Bardin, 2011, p.44). Posteriormente procedeu-se à análise de cada entrevista, tendo como objetivo “estabelecer categorias, sendo estas uma “espécie de gavetas” que permitem a classificação dos elementos de significado da mensagem, sendo a finalidade desta classificação “deduzir daí dados” (Bardin, 2011, p. 38-39).

De seguida, o processo designado de “inferência”, segundo o mesmo autor, permite atribuir significado aos dados transmitidos por cada pessoa e posteriormente prossegue-se à interpretação dos dados após esta significação.

Após a comparação dos dados, por forma a serem facilmente identificadas as semelhanças e as diferenças entre o exposto por cada entrevistado, surgem as designadas “áreas temáticas” agrupando-as por categorias – todas as informações que permitiam extrair um mesmo significado são agrupadas em categorias e, se necessário, agrupadas em subcategorias. (idem). Ainda, seguindo a mesma autora efetuaram-se recortes de excertos de texto (unidades de registro) aplicando-se a regra da enumeração (unidades de enumeração). A análise das entrevistas e a sua referente codificação por temas, categorias e subcategorias, e as respetivas unidades de registo, encontram-se no Apêndice II.

2.7 Considerações éticas

Qualquer que seja o âmbito de investigação, as questões éticas surgem quando efetuada em seres humanos foi após “o processo de Nuremberga (1947), que a comunidade internacional (...) começa a debruçar-se sobre os imperativos éticos na investigação aplicada a seres humanos” (Fortin, 2009, p. 128).

A Ética “é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta” (Fortin, 2009, p. 114). No fundo, diz respeito ao conjunto de permissões e interdições respeitantes à execução do estudo.

Os princípios da Declaração de Helsínquia (2013), como a proteção dos direitos fundamentais da pessoa deverão estar presentes em todos os protocolos da pesquisa e deverão ser norteadoras de toda a prática, desde o início do desenho de investigação, fase da sua implementação, análise e apresentação de resultados. A confidencialidade e o consentimento livre e esclarecido de cada pessoa foram aspetos tidos em conta ao longo de todo o processo.

Tendo isto por base e relativamente a todo o percurso efetuado, é de salientar que todos os direitos dos entrevistados foram respeitados, tendo sido esclarecidos sobre a finalidade e objetivos do estudo, bem como, de todo o processo do seu envolvimento. Tanto a confidencialidade como o anonimato em relação à pessoa e à instituição foi respeitado na apresentação dos resultados. Tendo em atenção o respeito pelo princípio da autonomia, cada participante foi informado da liberdade em aceitar ou não aceitar ser entrevistado, e da possibilidade de interromper a qualquer momento a entrevista sem que com esta decisão implicasse qualquer prejuízo para o mesmo.

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De modo a facilitar a estruturação deste trabalho, apresentamos um quadro-síntese por áreas temáticas com as respetivas categorias e subcategorias que emergiram dos discursos dos participantes (Quadro 3). São também apresentados as unidades de enumeração, ou seja, o modo de contagem (Bardin, 2010, p.108).

Para melhor organização da análise descritiva dos dados, as categorias são apresentadas a negrito e a itálico, as subcategorias.

Durante a exposição dos dados é utilizado o texto narrativo, onde são acrescentados os excertos das entrevistas para facilitar a análise dos discursos e a sua interpretação.

Quadro 3. Áreas temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo.

UNIDADE TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO
Sentimentos e emoções vivenciados pelos enfermeiros face à intervenção em PCR	Stress		2
	Ansiedade		3
	Medo		1
	Tristeza		6
	Confronto com a morte		1
	Dúvida face à qualidade de intervenção		2
	Impotência		2
Perceção dos Enfermeiros face à sua intervenção em situação de PCR	Situação de aprendizagem		7
	Gestão de intervenção	Individual	1
		Equipa	2
Fatores dificultadores da atuação em situação de PCR	Falta de experiência		2
	Escassez de ocorrências de PCR		2
	Equipamento/Material	Insuficiente	3
		Funcionalidade	2
		Localização	1
	Recursos Humanos	Escassez de enfermeiros	6
		Escassez de médicos	3
		Preparação insuficiente dos auxiliares de ação médica	4
	Cansaço físico		2
	Stress		2
	Ansiedade		4
	Relação de afetividade enfermeiro-utente		1
	Apoio externo deficitário		2
Fatores facilitadores da atuação em situação de PCR	Trabalho em equipa	Organização	3
		Colaboração	8
	Formação	Contínua	3
		Diferenciada própria	3
		Diferenciada da equipa	3

	Experiência profissional		4
	Exposição a situações de PCR		2
	Gestão de emoções		1
Estratégias de melhoria da intervenção	Debriefing	Beneficia atuações futuras	5
		Aumenta a confiança	2
		Aumenta a Segurança	1
	Formação continua	Revisão da literatura	2
		Recurso a materiais interativos	1
	Propostas à instituição	Manutenção do equipamento	2
		Aquisição de material/equipamento	1
Implicações da atuação em PCR para a prática clínica	Desenvolvimento de competências	Saberes técnicos e científicos	7
		Gestão de prioridades	1

Sentimentos e emoções vivenciados pelos enfermeiros

Quando questionados acerca dos sentimentos e emoções que experienciaram no confronto com uma situação de PCR, emergiram sete categorias: o stress, a ansiedade, o medo, a tristeza, o confronto com a morte, a dúvida quanto à qualidade da sua intervenção e a impotência (Figura 7).

Figura 7. Sentimentos e emoções vivenciados pelos enfermeiros



Quando o ser humano é o nosso foco, todas as situações são geradoras de sentimentos relacionados com as vivências e a forma como cada um as interpreta no seu íntimo. Assim, os sentimentos intrínsecos aos cuidados humanos surgem como uma maneira de vivenciar uma situação em que estamos presentes (Diogo, 2006).

No que diz respeito às vivências dos enfermeiros, quando deparados com utentes em PCR, o **stress** foi expresso por dois participantes como expressam os seguintes excertos:

“ O stress, por ser naquela hora(...) tudo isso nos causou um stress (...)” E7;

“ (...) Sim, embora seja uma situação de stress para o profissional, por ser uma situação pouco comum (...)” E5

Nos estudos realizados por Moreira (2015) e por Guerra (2017), o stress também foi identificado como sentimento vivenciado pelos enfermeiros numa unidade de internamento perante uma situação de PCR.

O stress pode ser entendido, de acordo com a CIPE® (2015) como um sentimento capaz de afetar o funcionamento da pessoa quer física quer mentalmente. Deste modo, numa situação de PCR, o stress que esta situação súbita crítica pode gerar acaba por dificultar o desempenho da equipa de enfermagem (DalSasso e Souza cit por Souza e Oliveira, 2010).

Relativamente ao sentimento de **ansiedade**, os enfermeiros referiram-na como estando também presente numa situação de PCR, como é possível verificar nas seguintes frases:

“ (...) leva-nos a uma tristeza, a uma ansiedade do momento (...)” E5

“A ansiedade (...) também associados a falta de experiência” E8

“ (...) a ansiedade, o nervosismo também associados a falta de experiência (...)” E8

A CIPE® (2015) definiu ansiedade como um sentimento carregado de negatividade, onde a ameaça, o perigo e a angústia podem estar presentes.

Podemos referir que ao termos a responsabilidade da vida de uma pessoa nas mãos e a necessidade de agirmos corretamente e eficazmente, é um processo gerador de

ansiedade. A prestação de cuidados a doentes críticos implica uma elevada carga emocional e um sentido de responsabilidade acrescida, pois os enfermeiros tomam decisões que podem afetar a vida ou a morte das pessoas de quem tem a responsabilidade de cuidar (Benner, 2001).

Apenas um dos participantes considera que o **medo** esteve presente quando se confrontou com uma PCR, como revela a seguinte transcrição:

“ (...) um bocadinho de medo (...) foi o medo (...)” E6

O medo é definido pela CIPE® como uma “emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir” (2015, p.65).

Para este participante, testemunhar e ter de intervir nesta situação crítica, põe à prova o seu profissionalismo, ou seja, a sua (in)segurança na ação. Como refere Damásio (2000), a função da emoção é produzir uma reação específica à situação, que pode ser de imobilização ou de enfrentamento/passar à ação.

Também foi vivenciada por vários enfermeiros a **tristeza**, perante uma situação de PCR:

“ (...) Por fim a tristeza (...) a tristeza pelo falecimento do utente.” E3;

“ (...) leva-nos a uma tristeza (...) mas sim tristeza (...)” E5;

“Primeiro foi a tristeza (...) foi a tristeza (...)” E6;

“ (...) ficamos tristes porque não conseguimos reverter a situação (...)” E7;

“ (...) Acho que a tristeza (...) acaba por nos entristecer (...)” E8.

Durante o seu percurso de formação o enfermeiro sente um compromisso para com a vida, isto é, para a preservação da mesma, como princípio humano universal e da formação académica dos enfermeiros. No entanto, como refere Henderson (2007) o seu compromisso alarga-se ao acompanhamento de processos de fim de vida e proporcionar uma morte tranquila. Mas perante estas situações é natural que os profissionais experimentem sentimentos de impotência e desconforto emocional.

Um dos participantes refere que o **confronto com a morte** do outro, leva a refletir sobre a sua própria vida e morte e a dos que lhe são próximos, como exprime o excerto seguinte:

“ (...) Acho que é a situação mais complicada para uma pessoa falecer e deixa-nos muito a pensar se realmente vale a pena acabar assim a nossa vida. (...) pensamos um bocado nela e na vida dos nossos, e é uma situação complicada para se ver uma pessoa assim a falecer.” E2

O confronto com a morte de pessoas que estão ao nosso cuidado, é encarado como um fracasso profissional. Quando não é possível reverter a situação clínica dos utentes ou até mesmo evitar a morte. A morte é um fenómeno que está presente ao longo da vida humana e de todos os seres vivos. A vivência da morte muda de sociedade para sociedade, de cultura para cultura, de família para família e de pessoa para pessoa. Decorrente da sua atividade profissional, o enfermeiro lida com o processo de saúde e doença que podem colocar em causa a vida e/ou a sua qualidade, e com a morte e processos de morrer como dimensão da própria existência (Casmarrinha, 2008).

Todavia, cuidar em enfermagem, não envolve apenas cuidar da vida, mas acompanhar processos de final de vida e proporcionar que a morte seja tranquila para quem parte e ajudar os que ficam, no seu processo de luto.

A **dúvida face à qualidade de intervenção** também surge no discurso de dois participantes, como se pode verificar pelas seguintes afirmações:

“ (...) Posteriormente surge a dúvida será que fiz tudo o que devia ser feito? Será que fiz tudo bem? (...)” E3

“ (...) porque não atuamos da melhor forma, falhamos aqui ou ali.” E7

Os entrevistados referem sentimento de dúvida, pois no momento onde a linha da vida e da morte se cruzam, todas as emoções podem ocorrer.

A responsabilidade profissional destes enfermeiros gera-lhes sentimentos de incerteza quanto à sua intervenção. Se agiram de melhor forma face ao insucesso, se houve falhas, são questionamentos que os enfermeiros colocam à posteriori. A reflexão sobre a ação, o que correu bem e o que se pode melhorar – debriefing individual ou em equipa - são estratégias de excelência para identificar práticas menos conseguidas e défices

em competências pessoais e coletivas, de modo a conduzir ao investimento pessoal e da equipa para adquirir aperfeiçoar as suas competências.

Por fim, e referido por dois enfermeiros, surge a **impotência** perante uma situação de PCR que não conseguem reverter, conduzindo irremediavelmente à morte, como revelam as seguintes transcrições:

“ O sentimento neste caso foi de impotência, porque não houve um final que fosse positivo (...)” E4;

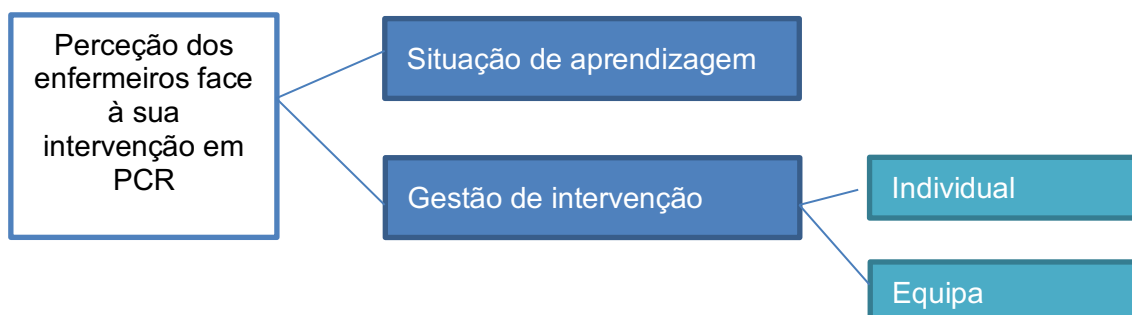
“ Das 3 situações de PCR em que intervi, nenhuma delas reverteu, sendo que a impotência de não ter conseguido reverter nenhuma das situações (...)” E5.

Estudos desenvolvidos em unidades de internamento de curta duração (Guerra, 2017) e num serviço de medicina (Moreira, 2015) também destacam o medo, a tristeza, a impotência como emoções e sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perante a situação crítica.

Perceção dos Enfermeiros face à sua intervenção em PCR

Da análise dos discursos dos enfermeiros, estes percebem a ocorrência e a atuação perante este evento crítico como uma oportunidade de aprendizagem, o que exige capacidades de gestão de emoções individuais e coletivas, conforme evidencia a Figura 8.

Figura 8. A perceção dos Enfermeiros face à sua intervenção em PCR



Perante o contributo no confronto e intervenção perante uma pessoa em PCR, a **situação de aprendizagem** foi referida por vários participantes como podemos verificar nas seguintes verbalizações:

“ (...) permitem desenvolver várias competências no doente.(...) permitem estar alerta para situações de peri-paragem (...)” E1

“ Desenvolvi competências (...) relembrei conhecimentos.” E3

“ Contribui para o desenvolvimento de competências (...) experiência a nível prático. (...) efetivamente ajuda na experiência para conseguirmos adquirir maior competências técnicas e segurança (...)” E4

“ (...) Se já me aconteceu 2,3 ou 4 vezes é melhor que nunca me ter acontecido, porque numa próxima já vou atuar da melhor forma.” E7

Segundo Tabile [et al] (2017) a aprendizagem é um fenómeno extremamente complexo e de empenho pessoal, resultante de um processo experimental, inerente à pessoa que envolvendo capacidades cognitivas, emocionais, reflexivas, psicossociais e culturais se manifesta por uma modificação de comportamento.

O confronto com esta realidade clínica pode, como já anteriormente referido, ser gerador de medos, insegurança e até pânico, no entanto, ao exigir a mobilização de determinados conhecimentos técnico-científicos e habilidades de ação, permite não só identificar fragilidades mas também adquirir mais competências e segurança para um melhor agir em situações futuras.

Os participantes referiram-se ainda à sua perceção perante a intervenção em PCR como um contributo para melhorar a **gestão da intervenção** quer *individual*, quer da *equipa*, como revelam as seguintes transcrições:

“ De uma forma geral correu bem mas tanto numa situação como na outra tivemos algumas dificuldades (...)” E2

“ (...) foi um bocado complicado. É uma hora não tão organizada, não tão de rotinas. Como é em frente em toda a gente ficam todos a olhar, ficam todos aflitos os utentes aflitos, ficamos um bocado sem saber como gerir a situação (...)” E7

“ (...) Correu bem a nossa coordenação, fomos fazendo as manobras até a ajuda diferenciada chegar (...)” **E8**

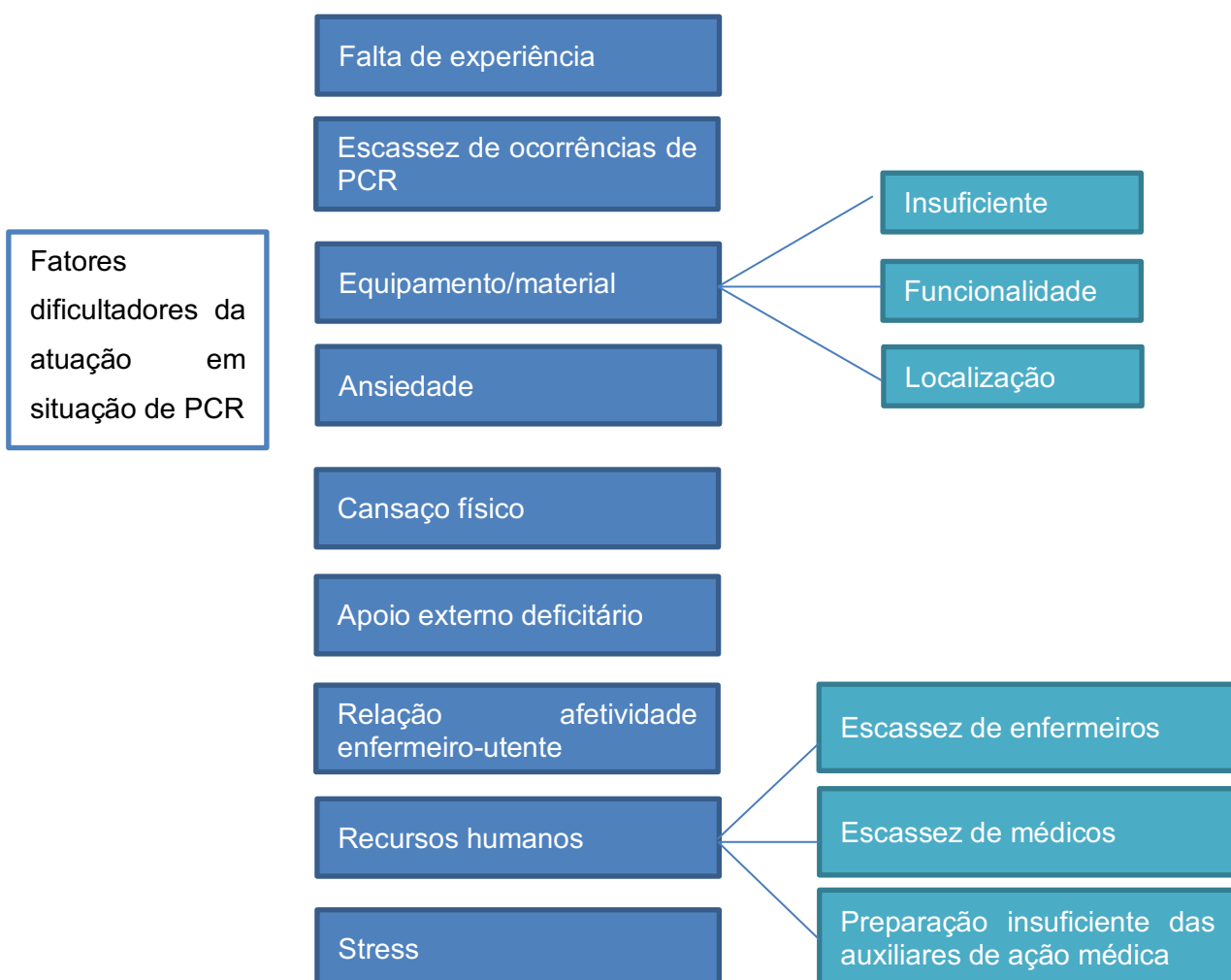
O saber agir profissional desenvolve-se no confronto com o contexto real, onde as situações acontecem e o enfermeiro tem de tomar a melhor decisão na sua atuação.

Segundo Cerqueira (2010), perante uma situação de emergência, a antecipação por parte do profissional de saúde é um fator determinante. Os objetivos principais da intervenção são aumentar a sobrevida e diminuir o risco de sequelas.

Fatores dificultadores da atuação em situação de PCR

Igualmente importante, é perceber quais os fatores dificultadores da intervenção face à pessoa em PCR. Neste sentido, com base na análise do conteúdo das entrevistas aos enfermeiros, foi possível identificar um conjunto de dificuldades vivenciadas pelos participantes (Figura 9).

Figura 9. Fatores dificultadores da atuação em situação de PCR



Como dificuldades na atuação perante um evento de PCR três participantes mencionaram a **inexperiência**, como emerge dos seguintes relatos:

“ (...) também foi a nossa inexperiência ... portanto essa falta de experiência dificultou a intervenção.” E3

“ (...) O que se contorna com a presença de algumas pessoas com mais experiência e até formação na área. A falta de experiência também, como um dificultador na área.” E8

“ (...) na minha situação estava no início da atividade profissional (...) o que acaba por bloquear um bocadinho as ações (...)” E8

A inexperiência de alguns elementos da equipa também surgiu como condicionante de resposta adequada que é fundamental neste evento crítico, nos estudo de Guerra (2017), Azevedo (2016) e Moreira (2015).

De acordo com a minha experiência na prestação de cuidados, numa UCC, a inexperiência com a PCR e consequente execução da RCP nem sempre é frequente o que pode levar a que haja pouca experiência neste campo. A equipa de enfermagem é uma equipa jovem, nas entrevistas realizadas, metade dos enfermeiros trabalham à menos de 10 anos.

Os participantes referem que devido à **raridade das ocorrências de PCR** na unidade, este fator se torna dificultador perante a sua atuação, tal como se pode perceber pelos seguintes excertos:

“ (...) Mas como estas situações são raras uma pessoa nunca está efetivamente preparada (...)” E2

“ (...) Sim embora seja uma situação de stress para o profissional, por ser uma situação pouco comum (...)” E5

O escasso número de casos é tido como um fator perturbador da qualidade da intervenção perante uma situação que exige rapidez e adequação. A destreza de pensamento e atuação exige treino na mobilização do conhecimento e na execução técnica que apenas se adquire na ação.

Segundo Pereira (2009) as experiências vividas e refletidas pelos enfermeiros são tidas como um momento privilegiado de formação, ou seja, independentemente da formação/ conhecimentos adquiridos a nível teórico, a componente prática nos seus contextos de trabalho é muito importante.

Benner (2001) descreve a prática profissional como um meio para acrescer os conhecimentos capazes de compreender, interpretar e responder às diversas necessidades dos doentes. Assim, ao cuidarem de utentes com diferentes patologias e diferentes estados de doença, acabam por adquirir uma certa flexibilidade e inteligência, ganhando competências na forma de prever como irão evoluir.

Estes resultados vão ao encontro dos estudos de Moreira (2015) e Guerra (2017) que encontraram resultados semelhantes.

Também quanto aos **equipamentos/material** emergiu como fator dificultador, a sua localização nem sempre adequada, os problemas no seu funcionamento e disponibilidade/falta dos mesmos.

Na unidade, onde foi realizado o estudo existe um Carro de Emergência em cada piso com um DAE. Existe ainda um protocolo sobre este equipamento, bem como normas de verificação periódicas que são realizadas mensalmente, no primeiro sábado de cada mês. É de grande importância, o facto de que toda a equipa de enfermagem estar familiarizada com o conteúdo dos carros de emergência.

Quanto à *escassez de equipamento/material* são três os enfermeiros que o referem, como podemos verificar nas transcrições abaixo:

“ (...) em termos de dificuldades tinham mais a ver com questões de material que não estavam disponíveis naquele momento, ou que não estavam a funcionar para ser possível utilizar (...)” E2

“ O material não estar disposto na hora, ou seja, tínhamos o carro de emergência mas depois faltava algum material (...)” E2

“ O material escasso, o não o termos disponível o mais rápido que precisamos e isso torna-se uma dificuldade (...)” E8

No que diz respeito à *funcionalidade* do equipamento esta dificuldade é mencionada por dois enfermeiros, da seguinte forma:

“ (...) Numa das situações de PCR que tivemos o DAE estaria a ficar com pouca bateria, conseguimos mobilizar recursos para ir buscar um DAE (...)” E2

“ (...) o que correu mal foi o material em si que não conseguimos montar logo de início. Pois existiu uma falha de pré-montagem, pois já deveria estar devidamente montado no carro de emergência e foi isso mesmo que falhou. Ainda por cima era o ambu (...)” E6

No que respeita à *localização* do equipamento (carro de emergência) apenas um enfermeiro refere que:

“ Os fatores dificultadores foram a distância do carro de emergência que ainda era significativa (...)” E1

Neste particular, Kessler e Krug (2012) identificaram que no hospital, a escassez de recursos materiais e falta de recursos humanos são os aspetos que causam mais desgaste nos enfermeiros.

Segundo Costa e Costa (2007), para ser possível responder de forma adequada às situações de emergência é necessário que o material e equipamento se encontre organizado. Rajeswaran e Ehlers (2013) destacaram alguns problemas no que diz respeito aos carros de emergência, que não se encontrem adequadamente equipados.

Macias e colaboradores citados por Lima [et al] (2010) apontam que o fator mais comum do não funcionamento de algum material do carro de emergência se deve à falta de conhecimento ou de treino do profissional que o usa, ou ainda pela não reposição ou manutenção preventiva.

Segundo a DGS (2011) o carro de emergência consiste numa estrutura móvel ou, em determinadas situações, transportável, que integra um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para a RCP, devendo existir em todas as unidades de saúde que trabalham com doentes agudos ou com doenças crónicas que possam agudizar. Também segundo a DGS, o local dos carros de emergência deveria ser estratégico para aumentar a eficiência da resposta das equipas de saúde, onde todos os segundos podem fazer a diferença na cadeia de sobrevivência.

Como refere Moreira (2015), perante uma situação de PCR a qualidade de intervenção da equipa não depende apenas das suas competências, mas também da disponibilidade de recursos materiais.

Também Azevedo (2016) menciona a utilização do carro de emergência como uma dificuldade encontrada pelos participantes, durante a sua intervenção.

No que concerne à *escassez de enfermeiros*, esta dificuldade foi constatada por seis dos enfermeiros como podemos perceber pelas seguintes transcrições:

“ (...) Iniciamos manobras, delegamos tarefas enquanto uma colega ligava para o 112 as outras 2 estavam nas compressões e ventilações. No turno da tarde existem 2 enfermeiros por turno, neste caso foi necessário recorrer a ajuda de outro piso. Nós as

2 não conseguíamos ficar encarregues do utente em PCR e dos restantes utente (...)"

E3

" (...) Uma situação que acho pertinente referir, pois acaba por ser um fator dificultador numa situação de PCR, deve-se ao fato de nós no turno da noite sermos 1 enfermeiro por turno e por isso se tivermos uma situação de PCR, vamos ter de mobilizar ajuda de outro piso para nos dar uma resposta, pois nós sozinhos não conseguimos (...)" **E2**

" Poucos recursos humanos, só estavam 2 enfermeiros de momento no piso, tive a necessidade de chamar o colega para colaborar comigo no SBV (...)" **E5**

" (...) num turno da noite em que só estamos a enfermeiro e 1 auxiliar por piso acaba por ser uma dificuldade, temos de chamar alguém para colaborar connosco e isto acaba por dificultar ou até atrasar a nossa intervenção (...)" **E8**

Em relação à ausência de presença permanente do médico é apresentada como constrangimento, a escassez de médicos, por três participantes:

" (...) posteriormente pedimos ajuda diferenciada [112] (...) porque normalmente estamos sozinhos sem médico e por isso não podemos seguir protocolo." **E2**

" Iniciamos as manobras de SBV, chamamos a ajuda diferenciada [112] porque não tínhamos nenhum médico que pudesse iniciar SAV. Só temos médico em pequenos períodos do turno e nesse momento não tínhamos nenhum presente (...)" **E3**

" Nessas situações basicamente nós realizamos o algoritmo, avaliamos a pessoa se ela está em situação de PCR, posteriormente pedimos ajuda diferenciada e iniciamos manobras de SBV, porque normalmente estamos sozinhos sem médico e por isso não podemos seguir protocolo (...)" **E8**

Num estudo desenvolvido por Barbosa [et al] (2009) os relatos dos enfermeiros refletem a falta de recursos humanos, como sendo um fator que prejudica a atuação dos profissionais.

Está comprovado que um adequado rácio enfermeiro/utente diminui a mortalidade das vítimas de PCR e promovem a prevenção da paragem através da deteção precoce dos sinais de alerta (Antunes, 2009).

A falta de enfermeiros e médicos atrasam o início das manobras de reanimação, causa uma excessiva carga de trabalho e aumenta os níveis de stress dos enfermeiros durante as situações críticas (Rajeswaran e Ehlers, 2013).

Por fim, os participantes referem a *impreparação* por parte da classe *das auxiliares da ação médica* como uma das dificuldades na sua atuação na PCR, como é perceptível nas seguintes transcrições:

“ (...) as auxiliares quase nenhuma têm formação para realizarem manobras (...)” E8

“ (...) as auxiliares de ação médica não têm toda formação em SBV. Nas minhas situações de PCR não estava evidente que elas tivessem formação para nos prestar apoio (...)” E2

“ (...) A não ser os enfermeiros as auxiliares não têm formação nesta área(...)é que nem uma chamada para o 112, porque depois não sabem responder às perguntas que lhes são colocadas.” E7

“ (...) as auxiliares não ajudaram nas manobras só ajudaram a chamar outro colega...de resto foi só a equipa de enfermagem que interveio na PCR (...)” E6

Os entrevistados fizeram referência à inexistência de formação em SBV por parte das auxiliares de ação médica. Tendo em conta o número reduzido de enfermeiros no turno e também a ausência de médico, e uma vez que o pessoal auxiliar de ação médica está sempre presente, deveria investir-se continuamente na formação em SBV destes profissionais.

O défice ou falta de formação no atendimento do doente crítico representa uma quebra na qualidade dos cuidados prestados, diminuindo a segurança no desempenho profissional, podendo induzir riscos à vida de quem é cuidado e submetendo o profissional a riscos morais, éticos e legais (Lino e Calil, 2008).

Bohn [et al] (2012) numa revisão da literatura, identificam como principais motivos para que não se iniciem manobras de SBV, a falha no reconhecimento da PCR, a falta de conhecimentos sobre SBV, e o medo de infeção e de fazer algo errado. Assim, a formação e o treino regular, usando exercícios de simulação entre os elementos da equipa, são fundamentais e preparam os profissionais para atuar com mais qualidade nos eventos críticos reais.

É também perceptível a referência ao **cansaço físico** como sendo uma dificuldade na atuação dos enfermeiros:

“ (...) Fizemos as manobras de acordo com a nossa capacidade física(...) O cansaço físico, isto porque nós somos seres humanos e se estamos só 1 pessoa podemos estar a fazer compressões e chegar a um ponto que não aguentamos mais (...)” E8

A execução das manobras de RCP exige agilidade física, pois expõe os profissionais a um esforço físico adicional, perante esta situação de stress. As novas guidelines da

European Resuscitation Council (2017) referem que só se devem suspender as compressões torácicas até que um tubo traqueal ou dispositivo supraglótico tenha sido colocado. A execução de compressões de qualidade é geradora de cansaço físico e consequentemente perda de qualidade ao longo do tempo. Como já referido anteriormente, os participantes referiram a escassez de enfermeiros e de médicos, bem como, preparação insuficiente dos auxiliares de ação médica que pode prejudicar a qualidade das compressões.

A gestão do **stress** e da **ansiedade** surgem como uma dificuldade na intervenção dos enfermeiros. O stress é referido por dois enfermeiros, como é visível nas seguintes transcrições:

“ (...)o fator (...) stress (...) foram estes os fatores mais difíceis de controlar nesse momento.” E4

“ O stress, por ser naquela hora...tudo isto foi causador de stress, que nos dificultou a nossa atuação (...)” E7

A ansiedade é referida por quatro entrevistados:

“ (...) o fator ansiedade...foram estes os fatores mais difíceis de controlar nesse momento.” E4

“ (...) A questão da ansiedade, nervosismo isto porque (...) naquela altura tudo aquilo em relação ao doente crítico ainda despertava em mim alguma ansiedade e nervosismo (...)” E8

Para uma prestação de cuidados de excelência é essencial que o profissional identifique e realize uma adequada gestão das suas emoções. Holanda [et. al.] (2014) refere o equilíbrio emocional como a capacidade de agir controlando as emoções quando se reage às adversidades ou mudanças, sendo fundamental para o equilíbrio do binómio profissional/trabalho.

Filho [et. al] (2015) identificaram no seu estudo, realizado em unidades de internamento, a falta de material ou falha de equipamentos, a não familiarização com o material do carrinho de emergência, como fatores que acabam por dificultar a atuação dos enfermeiros numa PCR.

No estudo de Azevedo (2016) a gestão do stress foi considerado como um fator dificultador na atuação perante a PCR.

A **relação de afetividade enfermeiro-utente** também é referida por um entrevistado como fator perturbador na atuação como é visível na seguinte transcrição:

“ Se for numa situação em que estamos com os nossos utentes é assim estamos habituados a lidar mais com eles, não estamos tão preparados para uma situação dessas (...) Quando estamos de fora (...) temos mais perceção do que conseguimos fazer naquele grupo (...)” E2

A relação de confiança entre o enfermeiro e o utente que se prolonga no tempo é passível do desenvolvimento de uma relação de afetividade que pode interferir negativamente na sua tomada de decisão e atuação. No entanto, como profissionais do cuidar os enfermeiros têm de desenvolver a competência da relação terapêutica/empática, de modo que consigam tomar a melhor decisão em prol do utente. Sabemos pois, que cada enfermeiro encara a morte de forma distinta. Para Benner (2001), os enfermeiros aprendem com os seus utentes e próprios familiares e não se centram na técnica, é um todo integrado, que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência que contribuam para o desenvolvimento da própria prática.

Assim, o desenvolvimento de confiança, o sentimento da boa prática perante os utentes e a reciprocidade afetiva, torna possível que os enfermeiros atinjam um nível no qual podem reconhecer que os seus momentos de sofrimento e de angústia se podem transformar em fatores enriquecedores para o seu percurso profissional e até pessoal.

Também o **apoio externo deficitário** é referido por dois entrevistados como uma dificuldade, como podemos verificar:

“ Assim uma coisa que notamos é a falta de resposta do apoio externo.” E2

“ (...) ajuda diferenciada, que não foi a melhor e não foi em tempo útil(...).a ajuda só chegou passados 20 minutos (...)” E6

Cabe aos enfermeiros, porque estão em permanência na unidade e decorrente da sua responsabilidade profissional, detetar precocemente eventuais alterações e a situação de PCR. Na realidade desta unidade que não tem equipa de emergência interna, terá de se acionar a ajuda de emergência extra hospitalar, nº112. O papel do enfermeiros enfermeiro especialista em situação crítica, surge assim de extrema importância, pois este deve antecipar focos de instabilidades e prevenir a degradação do estado clínico do utente, atuando prontamente e liderando a intervenção de outros profissionais que estiverem de serviço.

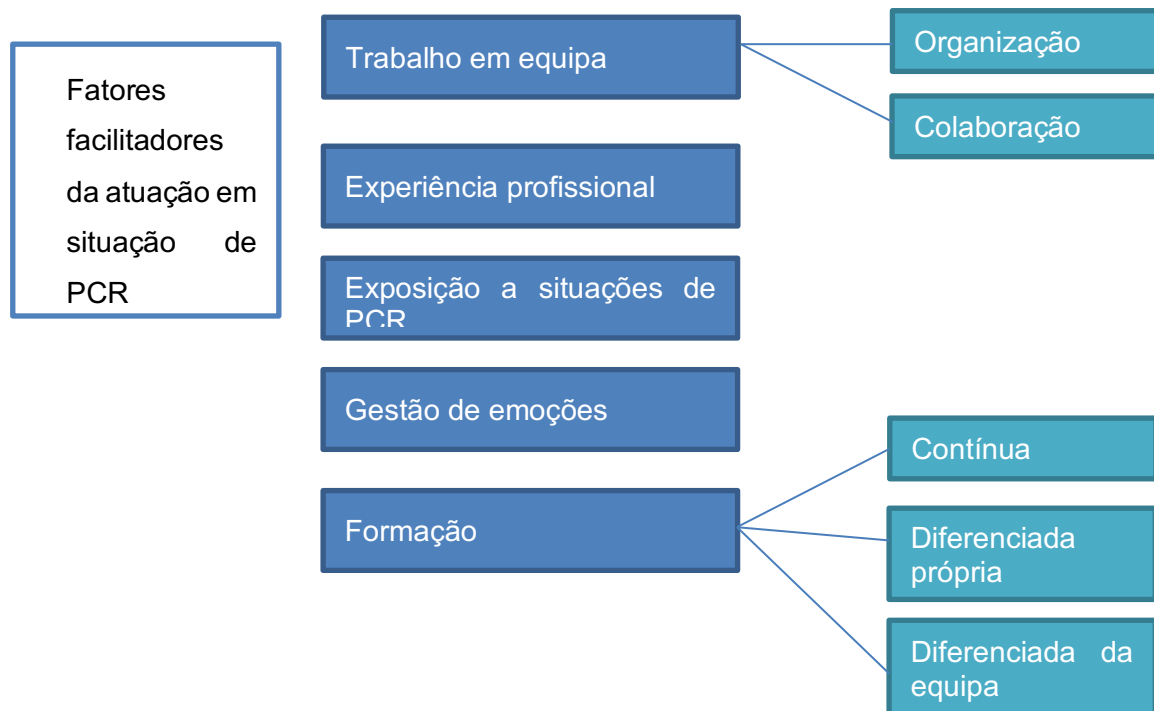
Segundo Benner (2001), é irrealista pretender que os médicos estejam sempre no momento exato em que o estado clínico do doente se agrava. A chamada de ajuda simultaneamente com o início das manobras de RCP assumem elevada relevância no sucesso da intervenção. A procura do conhecimento mais atual, dos protocolos e das guidelines em vigor aliadas ao treino técnico, manifestam-se de extrema importância para profissionais de enfermagem se sentirem mais seguros e mais confiantes durante a atuação em PCR.

Perante os entrevistados este apoio foi deficitário, nomeadamente, o tempo de resposta por parte dos mesmos. Como já referido anteriormente, os enfermeiros encontram-se na primeira linha do cuidar e consequentemente na atuação, tendo desta forma o dever de detetar precocemente situações de PCR para atuarem prontamente de forma rápida e eficiente, para que seja possível a reversão do evento crítico.

Fatores facilitadores da atuação em situação em PCR

Da análise de conteúdo dos discursos, nesta unidade temática emergiram seis categorias conforme demonstra a Figura 10.

Figura 10. Fatores facilitadores da atuação em situação em PCR



Na voz de seis entrevistados, o **trabalho em equipa** foi evidenciado como fator importante para uma intervenção adequada quando um utente ficam em PCR.

A *organização* da equipa foi referida por três entrevistados, como é possível verificar nas seguintes transcrições:

“ (...) Temos uma maior perceção do trabalho, estamos mais à vontade não posso dizer que seja muito mais, porque são apenas 2 situações, uma coisa é a teoria outra coisa é a prática, mas o fato de estar num grupo que as pessoas estavam dispostas a intervir e tinham conhecimentos, também facilitou muito a interação entre os membros (...)” E2

“ (...) dinâmica da equipa, o facto da equipa saber muito bem quais as tarefas que iam desempenhar...o facto das pessoas conseguirem trabalhar em equipa foi o que mais ajudou nestas situações (...)” E2

“ (...) mas depois logo me apercebi que criando o team leader foi muito mais fácil distribuir tarefas (...)” E6

Em relação à *colaboração* dos membros que constituem a equipa é referido por quatro dos entrevistados como um facilitador da intervenção mais adequada e possibilidade de maior sucesso:

“ (...) O trabalho em equipa, a colaboração de todos os enfermeiros, tornando tudo mais fácil (...)” E1

“ O trabalho em equipa (...) que trabalha em colaboração é meio caminho andado para o sucesso de algumas situações (...)” E8

“ (...) o trabalho em equipa também favoreceu a intervenção (...)” E3

“ Eu acho que o trabalho de equipa foi bom (...) A equipa era muito boa (...)” E6

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011) o enfermeiro deve assumir o seu papel numa equipa pluriprofissional, centrando a pessoa nos seus cuidados, sendo a comunicação uma das ferramentas mais eficazes que permite a criação e posterior prática de planos de cuidados.

Também no estudo de Azevedo (2016) e Moreira (2015) o trabalho em equipa foi identificado como fator facilitador de intervenção em PCR. Já no estudo de Guerra (2017) a ineficácia do trabalho de equipa foi identificado como um fator dificultador que na prática têm interpretações semelhantes.

A **formação** é referida por três participantes como um fator facilitador, quer na forma de formação *contínua própria* como da equipa, como é possível observar nas seguintes transcrições:

“ (...) também aprendemos com esta partilha, e o que esteve menos bem vamos tentar aperfeiçoar para estarmos melhor preparados para a próxima vez (...)” E5

“ (...) Ao existir formação dá um maior à vontade, dá-nos noção do que é suposto fazer nessa situação e uma maior segurança.” E2

“ A formação que se faz, neste caso o SBV. As atualizações ...o treino principalmente, que nos permite ganhar mais confiança e favorecer no processo em si (...)” E4

A formação *própria diferenciada* é referida por três enfermeiros:

“Favoreceu a formação em SBV e SAV (...)” E1

“ (...) ter feito formação de SBV com DAE há pouco tempo...ela tinha mais conhecimentos acerca dos procedimentos (...)” E3

“ (...) já tínhamos ambas cursos em SBV(...)” E6

A referência à *formação da equipa diferenciada* é apontada por três enfermeiros:

“ (...) o que se contorna com a presença de algumas pessoas com mais experiência e até formação na área (...)” E8

“ (...) o facto de haver colegas que possuem formação avançada nesta área, à partida fica muito mais calma porque sabes que temos colegas com SAV, dá-nos outra tranquilidade (...)” E7

“ (...) também termos pessoas com formação especializada nesta área em doente crítico e PCR acaba por ser um fator que favorece a nossa prática (...)” E8

Como podemos verificar está patente nos discursos dos participantes que a formação na área ou partilhar a atividade profissional com colegas que tenham formação avançada como o SAV, cede mais segurança e confiança aquando desta situação emergente. Também a partilha de conhecimentos e treino entre os elementos da equipa favorece a atuação.

Se considerarmos as necessidades dos utentes e as exigências atuais da saúde, os enfermeiros devem estar capacitados para cuidar do doente crítico. Com a sua formação avançada especializada, esta responsabilidade profissional e social está permanente, regulamentado no perfil de competências do enfermeiro especialista em situação crítica, garantindo aos utentes cuidados adequados. (Lino e Calil, 2008).

Tanto Moreira (2015) como Guerra (2017), constata também nos seus estudos que a formação é um dos fatores potenciadores da intervenção dos enfermeiros face a situações de PCR.

A **experiência profissional** é encarada como um fator facilitador de segurança e confiança na atuação em PCR por três entrevistados:

“ (...) Relativamente a ansiedade e nervosismo com o tempo de experiência, agora de outra forma, com mais segurança(...)Sim sem dúvida que sim. Já são 10 anos de experiência(...)a confiança e a segurança é totalmente diferente.”E8

“ (...) Contudo no decorrer do tempo e dos anos, com a experiência sinto-me mais à vontade para atuar, mais calma.” E5

“ (...) muito mais tranquila(...)A experiência profissional também faz que assim seja (...)”E7

De acordo com Nunes (2007) a experiência e a mobilização adequada do saber contribuem para a uma tomada de decisão consciente e com obtenção de melhores resultados.

Segundo Chua [et al] (2013), foi possível verificar que profissionais mais experientes apercebem-se da deterioração do estado clínico do utente, tendo por base o seu instinto profissional. Mesmo não existindo inicialmente sinais concretos do agravamento clínico, a experiência baseada em acontecimentos anteriores fizeram com que achasse que algo não estava bem.

Também no estudo de Azevedo (2016), a experiência em situações de PCR foi referida como aspeto potenciador da intervenção da equipa de enfermagem face à pessoa em PCR.

A **exposição profissional** a situações de PCR como fator facilitador é referida por três participantes da seguinte forma:

“ (...)Temos uma maior perceção do trabalho, estamos mais à vontade, não posso dizer que seja muito mais, porque são apenas duas situações, uma coisa é a teoria outra coisa é a prática (...)”E2

“Visto que não tenho uma grande experiência prática neste tipo de situações só quando ocorrem é que conseguimos desenvolver uma estratégia. Com o tempo é que vamos adquirindo essas competências.” E4

Em alguns serviços de saúde a ocorrência de PCR é reduzida o que acaba por reduzir as oportunidades aos profissionais de saúde, designadamente aos enfermeiros de se confrontar e atuar neste evento clínico. Implicando, assim pouca experiência podendo hipotecar a qualidade na identificação da situação gerir emocionalmente e execução de manobras adequadas até que a ajuda diferenciada chegue ao local, bem como outras aprendizagens como a gestão das emoções. Esta ideia é reforçada por Furtado e Junior (2010) quando referem que os enfermeiros apontam a experiência como fator potenciador, pois a ausência de treinos regulares dificulta a eficiência e a agilidade na sua atuação.

A **gestão das emoções** desenvolvidas, auxilia a sistematização da atuação e a agilidade na resposta, como confirma um enfermeiro:

“ Sim ter mais calma, tentar pensar bem (...) isto de forma mais calma, se estiver muito stressada ou na altura quanto mais atrapalhada eu estiver, mais difícil vai ser a atuação.”

E7

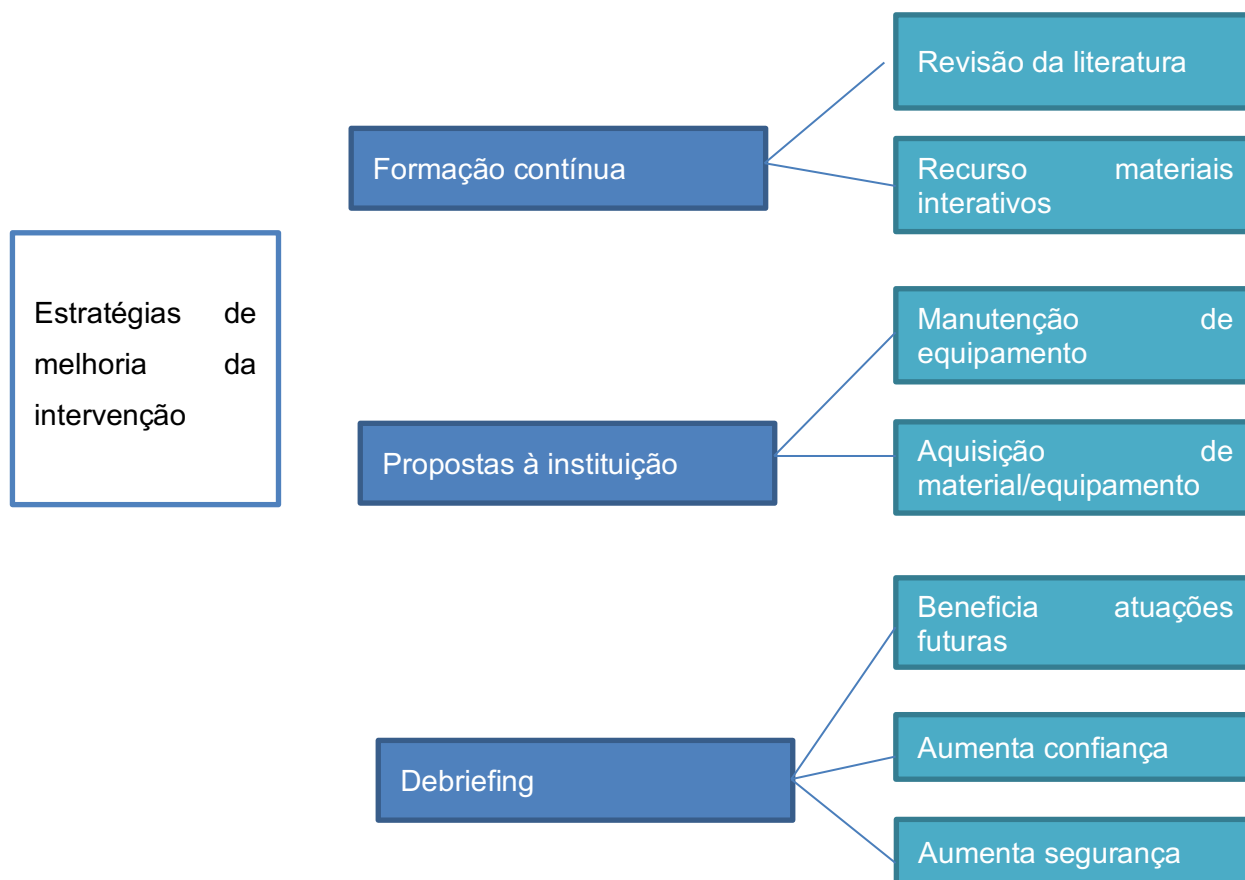
Souza e Oliveira (2010) apontam a capacidade de controlo das emoções como uma competência fundamental, numa atuação que gera altos níveis de stress. Assim, auto gerir-se emocionalmente numa situação de PCR é uma das chaves para uma atuação de qualidade dos profissionais. É fundamental que o enfermeiro seja capaz de aprender a lidar com os medos, ansiedade ou stress que determinadas situações clínicas, pela sua gravidade e complexidade podem desenvolver-se e com elas, crescer na melhor gestão das mesmas, na segurança e na competência.

Também no estudo de Azevedo (2016) os enfermeiros entrevistados valorizaram a capacidade de controlo de emoções como uma das competências fundamentais na atuação numa situação de PCR.

Estratégias de melhoria da intervenção

Conhecer quais as estratégias que os enfermeiros adotaram para melhorar a sua atuação face à pessoa em PCR, também constituiu um objetivo deste estudo. Da análise de conteúdo dos textos das entrevistas, emergiram categorias e subcategorias representadas na Figura 11.

Figura 11. Estratégias de melhoria da intervenção



Cinco entrevistados referem o debriefing como uma estratégia de melhoria de intervenção na PCR, pois *beneficia atuações futuras*, tal como atestam os seguintes excertos:

“[discussões/reflexões] (...) são de facto importantes porque permitem exprimir situações vividas durante este evento, o que foi feito? O que poderíamos ter feito melhor? Como também permite desenvolver estratégias para futuras ocorrências de PCR. (...) sobretudo quando refletimos sobre estas situações, quando surge um caso novo (...)”E1

“ Sim existe uma reflexão, nós acabamos por pensar no que poderia ter feito melhor (...)”E4

“ (...) o refletir sobre os atos que tiveste, o que podes fazer para a próxima vez para melhorar aquilo que te falhou...o refletir sobre isto é muito importante nestas situações” E7

“ (...) fazemos uma autoavaliação e avaliamos aqueles pontos que se calhar não agimos tão bem e que poderíamos melhorar(...)podemos aperfeiçoar as nossas práticas numa situação de PCR” E8

“ (...) após a nossa intervenção na PCR falamos sobre o que podíamos melhorar...assim temos o conhecimento mais presente e ajuda-nos a pensar de uma forma mais rápida e mais eficaz (...)”E3

“ (...) Temos mais noção daquilo que temos de fazer sem ter tantas dificuldades, encontrar estratégias (...)”E2

“ (...) o discutir em equipa (...) fazendo-nos sentir mais seguros, às vezes faz toda a diferença” E4

Dois entrevistados referem o debriefing como uma estratégia que *aumenta a confiança*, como podemos verificar de seguida:

“ (...)Temos mais noção daquilo que temos de fazer sem ter tantas dificuldades, encontrar estratégias (...)”E2

“ (...) após a nossa intervenção na PCR falamos sobre o que podíamos melhorar...assim temos o conhecimento mais presente e ajuda-nos a pensar de uma forma mais rápida e mais eficaz (...)”E3

Apenas um entrevistado, refere o debriefing associado ao *aumento da segurança*, tal como demonstram o seguinte excerto:

“ (...) o discutir em equipa (...) fazendo-nos sentir mais seguros, às vezes faz toda a diferença” E4

O debriefing pode ser definido como uma reflexão guiada, através da reflexão em grupo e partilha de experiências. Na área da emergência, pode ser compreendido como uma comunicação entre a equipa multidisciplinar e sobre os cuidados prestados com o objetivo de melhorar a intervenção dos profissionais (Dufrene e Young, 2014).

A reflexão contínua sobre as práticas é fundamental na melhoria dos cuidados prestados. Esta permite “(...) questionar continuamente se o que fazemos e por que fazemos de determinada forma está conforme o conhecimento e, se não está, quais as estratégias a seguir para tal” (Martins, 2009, p.177).

No mundo atual os profissionais são constantemente desafiados a atualizar-se e a inovar as suas práticas para não estarem desatualizados/ultrapassados. Para Waldow

(2009), a reflexão e o sentido crítico visam atualizar, renovar, simplificar, tornar melhor e mais eficiente, ou seja, melhorar a qualidade do exercício profissional.

Segundo o estudo de Kessler e Krug (2012), o diálogo entre a equipa foi referido como uma estratégia para enfrentar e minimizar o sofrimento resultante da prática diária dos cuidados.

Para os entrevistados, a **formação contínua**, nomeadamente a *revisão da literatura* e *recurso a materiais interativos*, são considerados uma boa estratégia para melhorar a prática:

“ (...) tenho feito revisão da literatura para estar mais dentro do assunto e ficar mais confiante.” E3

“ a estratégia foi recorrer a alguns vídeos didáticos sobre o doente crítico (...)” E3

De acordo com o Decreto-Lei nº 104/98, o enfermeiro assume o dever de “manter a atualização continua dos seus conhecimentos (...) sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

O enfermeiro é que deve ser responsável pela sua formação contínua de modo a manter-se atualizado e introduzir nas suas práticas as evidências científicas atuais.

As situações de emergência exigem dos enfermeiros diversas competências técnicas e científicas. É necessário possuir conhecimento e competências para que se possa atuar de forma objetiva e sincronizada. O desenvolvimento e aperfeiçoamento destas competências, tem por base formação contínua, para se garantir a qualidade da atuação (Luzia e Lucena, 2009).

As instituições de saúde, com o objetivo de terem profissionais aptos a desempenharem os procedimentos de qualidade perante uma PCR, devem proporcionar formação aos mesmos, para que estes estejam preparados diante de tais situações (Araújo, 2012).

Como **propostas à instituição**, a *manutenção do equipamento* e a *aquisição de material/equipamento*, no sentido de melhorar futuras intervenções, foram referidas por três enfermeiros:

“ Relativamente ao material escasso foi comunicado ao superior, a quem diz de respeito para resolver a situação (...)” E8

“ Foi comunicado ao enfermeiro responsável do piso (...)” E6

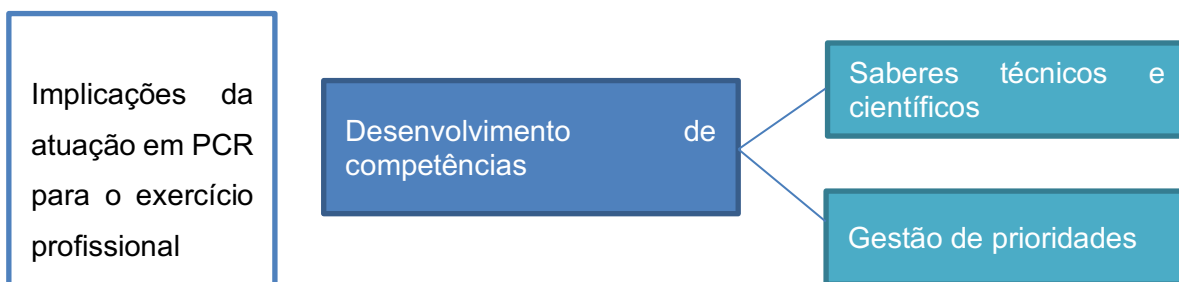
“ (...) isso não vai depender de mim vai depender da instituição. Contudo vão sendo dadas algumas sugestões à coordenação para que tenha em consideração estas situações.” E5

O bom atendimento dos profissionais perante uma situação de PCR depende também da disponibilidade dos materiais e equipamentos indispensáveis ao atendimento da vítima. É assim fundamental, assegurar, por exemplo, a provisão de material no carrinho de emergência, sendo revisto e repostado a cada uso e rotineiramente para além do investimento pessoal.

Implicações da atuação em PCR para exercício profissional

De forma a conhecer quais as implicações da vivência e da atuação em PCR para o exercício profissional dos enfermeiros, emergiu nesta área temática, a categoria **desenvolvimento de competências** com as suas subcategorias saberes *técnicos e científicos* e *gestão de prioridades* (Figura 12).

Figura 12. Implicações da atuação em PCR para o exercício profissional



Para sete enfermeiros *saberes científicos e práticos* são importantes para o desenvolvimento de competências, como podemos constatar pelos seguintes excertos:

“ (...) permitem desenvolver várias competências (...) que nos permitem estar alerta para situações de Peri-paragem(...)pois sabemos que aquele início pode terminar numa paragem cardiovascular (...)”E1

“ Desenvolvi competências no âmbito da PCR (...) na vertente prática (...) também relembrei conhecimentos.” E3

“ (...) acaba por ser uma experiência a nível prático, efetivamente ajuda na experiência para conseguirmos adquirir maior competências técnicas e segurança (...)” E4

“(...) mas para quem não tinha é uma maneira de aprender mais(...)Porque nos faz falta a prática, porque sem prática acho que não conseguimos aplicar a teoria.” E6

Também a *gestão de prioridades* é referida por um entrevistado como um fator de desenvolvimento de competências:

“Acaba por nos permitir perceber o que é prioritário (...) existe uma prioridade (...)”E2

Segundo Oliveira (2015) foi visível no seu estudo, que os enfermeiros portugueses avaliam a sua competência profissional em níveis altos e que os enfermeiros que possuem formação especializada demonstram níveis mais elevados em comparação com os enfermeiros de cuidados gerais. A formação avançada, o nível de especialização dos profissionais de enfermagem com um conjunto de competências gerais e específicas, permite-lhes um cuidado intencional sustentado um maior nível de conhecimento técnico, científico de interação terapêutica e pensamento crítico.

De acordo com o regulamento 124/2011, os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa em risco imediato de vida, com o objetivo de prevenir complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

A gestão dos cuidados, de acordo com Santos e Lima (2011) implica o planeamento dos cuidados, a provisão dos recursos e a supervisão e liderança da equipa de enfermagem.

Nas UCCs o contacto com PCR e consequente execução da RCP nem sempre é frequente o que pode levar a que haja pouca experiência neste campo. Assim, os enfermeiros especialistas da pessoa em situação crítica, devem ter um papel diferenciado, com responsabilidades acrescidas e proactivo no seio da equipa.

CONCLUSÕES

A ocorrência de PCR em UCC não é muito comum. Também por este facto, perante esta situação, surgem muitas dificuldades e preocupações, dado que atuar perante uma pessoa em situação de exige o desenvolvimento de competências específicas, de modo a garantir um adequado nível de intervenção. Partindo destas constatações estruturamos um estudo de investigação onde pretendíamos indagar e compreender as vivências dos enfermeiros de cuidados continuados ao intervir perante um utente que entrasse em PCR. Considerando a problemática em estudo e os objetivos delineados, desenvolveu-se um estudo de natureza qualitativo exploratório e descritivo, com a participação de oito enfermeiros.

Pela análise dos discursos dos participantes de uma UCC foi possível extrair como principais conclusões:

- Vários são os sentimentos e emoções, que os enfermeiros vivenciam em situação de PCR: o stress, a ansiedade, dúvida face à qualidade de intervenção, a impotência, o confronto com a morte, medo e tristeza. A tristeza, foi a emoção referida, por mais participantes.
- Uma outra conclusão que sublinhamos é que os enfermeiros encaram os eventos de PCR e a necessidade de atuarem de modo solitário, sem ajuda mais diferenciada como uma situação de aprendizagem e como um fator que ajuda a gestão de emoções.
- Um conjunto de fatores condicionadores da qualidade de intervenção foi referido pelos entrevistados, tal como a inexperiência profissional, a raridade de ocorrências de PCR, o equipamento/material escasso ou insuficiente, os recursos humanos insuficientes, o cansaço físico, nomeadamente na intervenção, dificuldade na gestão de emoções, a relação de afetividade enfermeiro-utente e o apoio externo deficitário, particularmente das equipas de emergência pré-hospitalar. Mesmo assim apontam aspetos que facilitam a sua intervenção como trabalho em equipa, a formação própria e da equipa, a revisão da literatura, a experiência profissional, a exposição a situações de PCR, a gestão adequada de emoções e as discussões/reflexões após a atuação (debriefing). Como estratégias de melhoria de intervenção os enfermeiros referiram o debriefing, a formação contínua e as propostas à instituição.

Outras conclusões a sublinhar no nosso estudo são as implicações da atuação em PCR para exercício profissional, em que se sobressai o desenvolvimento de competências, tanto técnicas como científicas, como a gestão de prioridades.

Uma das limitações deste estudo prende-se com o facto de ser desenvolvido apenas numa UCC. Ter sido alargado a outras unidades, poderia enriquecer os resultados obtidos, pesa embora grande parte deles sejam comuns a outras pesquisas referenciadas.

Como aspetos positivos é de salientar a aplicação das entrevistas semiestruturadas que permitiu a identificação de constrangimentos vivenciados pela equipa, permitem encontrar futuras áreas de intervenção, como um maior investimento por parte da instituição em planos de formação de SBV para as auxiliares de ação médica.

Os resultados deste estudo sugerem que:

- Seria importante realizar formação e treino no âmbito do SVB, e incluir a manipulação do carro de emergência e respetivos materiais;
- Existir espaços informais de reflexão no seio da equipa de enfermagem ou multidisciplinar, para que fosse possível criar momentos de partilha para ajudar os profissionais na partilha de experiências e a gerir/lidar com estas situações;
- Aumentar os rácios de enfermeiros, principalmente no turno da noite;
- Aumentar o tempo de permanência do clínico nas unidades.

A principal motivação, impulsionadora deste estudo, foi o contributo para o aumento da qualidade de cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa em situação de PCR nas UCC.

Apesar das limitações que o presente estudo encara, julgamos que constitui um contributo para o aumento da qualidade de cuidados prestados pelos enfermeiros à pessoa em situação de PCR em UCC, para repensar as práticas e as dificuldades que encontram e possibilidades de melhoria. Acreditamos que apesar de um percurso difícil conseguimos concretizar os objetivos inicialmente formulados, podendo formular outros estudos em torno desta temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AEHERT, Barbara (2007) - **ACLS Advanced Cardiac Life Support. Emergências em Cardiologia: Suporte Avançado de Vida em Cardiologia**. Rio de Janeiro. ISBN:978-032-304-695.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (2015) - **Atualização das diretrizes RCP e ACE**. [Consultado a 19-02-2019]. Disponível em: [<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>].

AMERICAN HEART ASSOCIATION (2016) - **Suporte avançado de vida Cardiovascular, Manual do profissional**. USA. ISBN-978-1-61669-533-0.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (2017) - **Das atualizações específicas das diretrizes de 2017 da American Heart Association para suporte básico de vida em pediatria e para adultos e qualidade de ressuscitação cardiopulmonar**. [Consultado a 19-02-2019]. Disponível em: [https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2017/12/2017-Focused-Updates_Highlights_PTBR.pdf].

AZEVEDO, Ana (2016) – **Paragem Cardiorrespiratória no Serviço de Urgência** (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo.

ANTUNES, Celínia (2009). **Manual de reanimação intra-hospitalar**. Coimbra, Formasau, ISBN: 978-972-848-599-3

ARAUJO, Karina, JACQUET, Priscila, SANTOS, Sandra, ALMEIDA, Vanessa e NOGUEIRA, Soraia (2008) - **Reconhecimento de parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal da cidade de São Paulo**. [Consultado a 10-10-2018]. Disponível em: [http://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2008/02_abr_jun/V26_N2_2008_p183-190.pdf].

ARAÚJO, Layana, SILVA, Ataiza, MARINELLI, Natália, POSSO, Maria, ALMEIDA, Livia. (2012) **Conhecimento da equipe de enfermagem sobre o protocolo Ressuscitação Cardiopulmonar no setor de emergência de um hospital público**. Revista Univap, São José dos Campos, v. 18, nº 32.

BARBOSA, António e NETO, Isabel (2010) - **Manual de Cuidados Paliativos**, 2ª Edição. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 978-972-934-922-5.

BARDIN, Laurence (2011) – **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70. ISBN: 972-440-898-1.

BASTOS, António, RODRIGUES, Manuel, CARNEIRO, António, NEUTEL, Elizabete, REIS, Abílio, PEREIRA, Alexandre and MARTINS, Alfredo (2011) - **Manual do Curso de Evidência na Emergência**. ISBN 978-989-968-210-8.

BENNER, Patrícia (2001) – **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra, Quarteto Editora. ISBN: 972-853-597-1.

BOHN, Andreas, MOLLHOFF, Thomas, Wienked, H, Kimmeyer, P, Wild, E (2012) **Teaching resuscitation in schools: Annual tuition by trained teachers is effective starting at age 10: A four-year prospective cohort study** [Consultado a 22-03-2019]. Disponível em: [\[http://https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030095721200038Xpdf\]](http://https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030095721200038Xpdf).

BRIÃO, Renata, SOUZA, Emiliane, CASTRO, Raquel, RABELO, Eneida, (2009) - **Cohort study to evaluate nursing team performance in a theoretical test after training in cardiopulmonary arrest**. Revista latino- americana de enfermagem. Vol. 17, nº 1

CATALÃO, Maria, GASPAR, Pedro (2017). **Dificuldades na assistência à paragem cardiorrespiratória intra-hospitalar: a perceção dos profissionais de saúde**. Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica. Leiria.

CASMARRINHA, Manuela (2008) – **Familiares do doente oncológico em fim de vida dos sentimentos às necessidades**. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto.

CERQUEIRA, Angela (2010) - **Abordagem da paragem cardio-respiratória no adulto Protocolo e aplicabilidade do suporte avançado de vida nos cuidados de saúde primários**. [Consultado a 01-02-2019]. Disponível em: [\[http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11183/10909\]](http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11183/10909).

CHO, G., SOHN, Y. , KANG, K., LEE, W., LIM, K., KIM, W (2010). - **The effect of basic life support education on laypersons' willingness in performing bystander hands**

only cardiopulmonary resuscitation. [Consultado a 18-03-2019]. Disponível em: [https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957210001255].

CIPE (2015)- **Classificação internacional para a prática de enfermagem-** Conselho Internacional de Enfermeiros. Ordem dos Lusodidacta. ISBN: 978-929-509-935-7

COLLIÉRE, Marie (2000) - **Promover a vida.** Lidel. ISBN: 978-972-757-109-3

COSTA, A, COSTA, M. (2007) - **Organização de recursos humanos e materiais em emergência.** Revista Sinais Vitais, nº75.

DAMÁSIO, António (2000) - **O Sentimento de Si - O Corpo, A Emoção e a Neurobiologia da Consciência.** Publicações Europa América. ISBN: 978-972-104-757-0

DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL (2013) - **Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos.** [Consultado a 12-03-2019]. Disponível em: [http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf].

DECRETO-LEI Nº 101/2006. **D.R. I Série – A.** 109 (2006-06-06) 3856-3865. (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.)

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010)- **Circular Normativa nº15. Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar .** Lisboa.

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.a SÉRIE— N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.

DINIZ, Lucas, OLIVEIRA, Eliobas, FILHO, Nunes, AUGUSTO, Jonathan, OLIVEIRA, Vidal, LIMA, Marcela (2010) - **Os carros de emergência e o suporte avançado de vida.** Revista Brasileira Clínica Médica. Vol. 8, nº 5.

DIOGO, Paula (2006)– **A vida emocional do Enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados.** Coimbra: Redhorse. ISBN: 972-8485-70-0.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2010) - **Criação e implementação de uma equipa de emergência médica intra-hospitalar (EEMI).** Lisboa.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2011) - **Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde.** Lisboa.

EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL (2015) - **Resumo das principais alterações nas Guidelnes em Ressuscitação.**

EUROPEAN RESSUSCITATION COUNCIL (2017) - **European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation: 2017**

FILHO, Clairton, SANTOS, Eduesly, SILVA, Rita, NOGUEIRA, Lilia (2015) - **Fatores que comprometem a qualidade da ressuscitação cardiopulmonar em unidades de internação: percepção do enfermeiro.** [Consultado a 20-03-2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0908.pdf].

FORTIN, Marie (2009) - **O processo de Investigação – da conceção à realização, Loures.** Lusociência, ISBN 978-977-838-310-7

GUERRA, Inês (2017) - **Vivências dos enfermeiros perante uma situação de emergência num serviço de internamento** (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

GRAÇA, Thaís e VALADARES, Glaucia (2008). **O (RE)agir da enfermagem diante da parada cardiopulmonar: um desafio no cotidiano.** [Consultado a 20-10-2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000300003].

HENDERSON, Virginia (2007) - **Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE.** Lusodidacta, ISBN 978-989-807-500-0.

HESBEEN, Walter (1997) - **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.** Lusociência, ISBN 978-972-838-311-4

HOLANDA, Flávia, MARRA, Celina, CUNHA, Isabel (2014) - **Construção da Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências.** ACTA Paulista de Enfermagem. 2014. Vol. 27, nº 4, p. 373–379.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA - **Cadeia de Sobrevivência.** [Consultado a 20-05-2018]. Disponível em [http: www.inem.pt/PageGen.aspx?WHCM_Pagional=28175]

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2017) - **Manual de suporte básico de vida adulto**. [Consultado a 20-05-2018]. Disponível em [<http://https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-Básico-de-Vida-Adulto.pdf>]

LACOMBE, G. (2000) - **Os primeiros socorros: uma resposta vital em situação de urgência**. Instituto Piaget. Lisboa. ISBN: 978-989-759-005-4

LESSARD - Hébert, Michelle e Boutin, Gérald e Goyette, Gabriel (2005)- **Investigação qualitativa: fundamentos e praticas** – 2º edição, Instituto Piaget. ISBN 972-771-737-3.

LEVY, Laura (2011) **O princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento jurídico para bioética**. [Consultado a 20-05-2018]. Disponível em [<https://www.webartigos.com/artigos/o-principio-da-dignidade-da-pessoa-humana-como-fundamento-juridico-para-bioetica/71056>]

LIMA, Cristina (2006) – **Medicina High Tech, obstinação terapêutica e distanásia**. [consultado a 27-06-2018] Disponível em: [https://www.spmi.pt/revista/vol13/vol13_n2_2006_079_082.pdf]

LINO, Margerete, CALIL, Maria (2008) - **O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão**. [Consultado a 22-05-2018]. Disponível em [<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a21.pdf>]

LUZIA, Melissa, LUCENA, Amália (2009) - **Parada cardiorrespiratória do paciente adulto no âmbito intra-hospitalar: subsídios para a enfermagem**. [Consultado a 22-05-2018]. Disponível em [<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5638/6692>]

MADEIRA, Sofia, PORTO, João, HENRIQUES, Amândio, NIEVES, Fernando, PINTO, Nuno, HENRIQUES, Guilherme (2011) - **Manual de Suporte Avançado de Vida**, Coimbra: Instituto Nacional de Emergência Médica, 2ªEdição.

MALAGUTTI, William (2007) - **Bioética e Enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas**. Editora Rubio Lda, Rio Janeiro. ISBN 978-858-760-095-0.

MARTINS, José (2009) – **Atuação do Enfermeiro no Sector de Urgências: Gestão para o Desenvolvimento de Competências in** – MALAGUTTI, William – **Gestão do**

Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado. Rio de Janeiro: Editora Rubio. ISBN: 978-85-777-105-46.

MIRAVETI, Jocilene (2016) - **Suporte básico de vida para leigos: um estudo quase experimental.** (Dissertação para obtenção para doutoramento). Universidade São Paulo.

MOREIRA, Céline (2015) – A Situação de **Paragem Cardiorrespiratória: Experiências dos Enfermeiros** (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo.

NOLAN, Jerry, SOAR, Jasmeet, ZIDEMAN, David, BIARENT, Dominique , BOSSAERT, Leo, DEAKIN, Charles, KOSTER, Rudolph, WYLLIE, Jonathan, BÖTTIGER, Bernd (2010) – **Versão Portuguesa das Recomendações 2010 do European Resuscitation Council**, Responsabilidade do Conselho Português de Ressuscitação.

OLIVEIRA, Luís, QUEIRÓS, Paulo (2015) - **Tradução e validação da Nurse Competence Scale para a população portuguesa: Um estudo em hospitais portugueses.** (Dissertação para obtenção para doutoramento) Universidade de Extremadura.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - **Código Deontológico do Enfermeiro.** Lisboa.
[consultado a 27-03-2018] Disponível em:
[<https://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/CodigoDeontologico.pdf>]

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015) - **Deontologia profissional de enfermagem.** Lisboa. ISBN 978-989-8444-30-1.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro.** [Consultado a 20-05-2018]. Disponível em
[<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>]

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.** Diário da República, 2.a série n.o 35, pp. 8656-8657. Portugal, Lisboa: Assembleia da República.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer Conselho Jurisdicional – 44 / 2008**

PEREIRA, Filipe (2009) – **Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Coimbra. Formasau. ISBN: 978-989-8269-06-5.

RAJESWARAN, Lakshmi , EHLERS, Valerie (2013) - **Cardio-pulmonary resuscitation challenges in selected Botswana hospitals: nurse managers views**. [Consultado a 03-06-2019]. Disponível em: [<https://hsag.co.za/index.php/hsag/article/view/672/815>].

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2011) – **Manual do prestador- recomendações para a melhoria continua** [consultado a 01-10-2018] Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf]

ROPPOLO, Lynn, PEPE, Paul (2009) – **Retention retention, retention: targeting the youn in cpr skills training. Critical care**. [Consultado a 01-06-2019]. Disponível em: [<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2Fcc7997.pdf>].

SANTA CASA MISERICORDIA ARCOS DE VALDEVEZ (2009)- **Objetivos da instituição** [consultado a 04-10-2018] Disponível em: [<http://www.scmav.pt>]

SOUZA, Beatriz, LOPES, Maria, OKUNO, Meiry, BATISTA, Ruth, GOIS, Aecio, CAMPANHARO, Cassia (2019) – **Identificação dos sinais de alerta para a prevenção da parada cardiorrespiratória intra-hospitalar** [Consultado a 01-06-2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/pt_0104-1169-rlae-27e3072.pdf?fbclid=IwAR2dOkUxEmmwJE7lwoft-8AnsXGTxVZashrH4_X1Pfs1i5FdHOMAgvwKDo].

SOUZA, José, OLIVEIRA, Vânia (2010) - **O Conhecimento do Profissional de Enfermagem no Atendimento Algoritmo em Reanimação Cardiopulmonar na Unidade de Internação (Ui) Adulta**. Anais do Seminário de Produção Acadêmica da Anhanguera. 2010. Vol nº 2.

KESSLER, Adriane, KRUG, Suzane (2012) - **Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores**. [Consultado a 20-05-2018]. Disponível em [<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a07v33n1.pdf>]

TABILE, Ariete, JACOMETO, Marisa (2017) - **Fatores influenciadores no processo de aprendizagem: um estudo de caso**. [Consultado a 20-05-2018]. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000100008]

TOMEY, Alligood (2002) - **Virginia Henderson - Definição de enfermagem.** In **A. M. Tomey, & M. R. Alligood, Teóricas de Enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem.** Lusociência.

TRIGUEIRO, Tatiane, LABRONICI, Liliana, RAIMONDO, Maria, PAGANINI, Maria (2010) - **Dilemas éticos vividos pelos enfermeiros diante da ordem de não reanimação. Ciências Cuidados em Saúde.** [Consultado a 21-03-2019]. Disponível em: [<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13824/7190>].

WALDOW, Vera (2009) - **Momento de cuidar: momento de reflexão na ação.** [Consultado a 18-03-2019]. Disponível em: [<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>].

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Instrumento de Colheita de Dados: Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

1ª Parte – Acolhimento	
Objetivo Informar o participante	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre o estudo, objetivos e a sua pertinência • Garantir confidencialidade dos dados • Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista

2ª Parte – Colheita de dados	
Objetivo Caraterizar o participante	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Sexo • Tempo de exercício profissional • Formação em SBV e SAV • Pós-graduação, Pós-licenciatura em que área

3ª Parte – Objetivos/Questões orientadoras	
Objetivos específicos	Questões orientadoras
- Descrever sentimentos e emoções vivenciados pelos enfermeiros face á pessoa em PCR. - Descrever a perceção dos enfermeiros, sobre as suas intervenções em situações de PCR.	-Vivenciou/ interveio, nestes últimos anos, em alguma situação de PCR? - Pense numa situação de PCR que vivenciou na UCC e descreva como decorreu, quer a sua intervenção, quer da equipa envolvida. - Descreva que sentimentos/emoções experienciou aquando da(s) sua(s) intervenção(ões), face à pessoa em PCR? - Refira quais as intervenções de Enfermagem em situações de PCR?
- Identificar as dificuldades na intervenção dos enfermeiros face á pessoa em PCR.	- Quais foram os fatores dificultadores da sua intervenção, face à pessoa em PCR? - Já desenvolveu alguma estratégia para os ultrapassar? - Sente-se mais confiante atualmente para intervir numa situação de PCR que aconteça durante o seu turno?
- Identificar os fatores que favorecem a intervenção dos Enfermeiros face á pessoa em PCR.	- Quais foram os fatores que favoreceram a sua intervenção, face à pessoa em PCR? - Pensa que realizar discussões/reflexões sobre estas situações depois de vivenciar a PCR são importantes? Porquê?

<p>- Explorar quais as implicações das experiências vivenciadas pelos enfermeiros em situações de PCR para o seu desempenho profissional.</p>	<p>- Intervir nos utentes que entraram em PCR contribuiu para o desenvolvimento de competências no atendimento de enfermagem em relação a este evento. Quer referir como?</p>
<p style="text-align: center;">4ª Parte – Fecho da Entrevista</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a colaboração do participante e reforçar a importância da sua participação no estudo. • Resumir os aspetos principais abordados na entrevista. • Dar oportunidade/solicitar ao participante acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por abordar durante a entrevista. 	

APÊNDICE 2- Quadro-síntese das unidades temáticas, categorias, subcategorias e unidades de registo

Unidade temática	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Sentimentos e emoções vivenciados pelos enfermeiros face à intervenção em PCR	Stress		<p><i>“Sim, embora seja uma situação de stress (...)” E5</i></p> <p><i>“O stress, por ser naquela hora(...) tudo isso nos causou um stress (...)” E7</i></p>
	Ansiedade		<p><i>“(...) leva-nos a uma (...) ansiedade (...)” E5</i></p> <p><i>“A ansiedade (...)” E8</i></p> <p><i>“ (...) o nervosismo (...)” E8</i></p>
	Medo		<p><i>“(...) um bocadinho de medo (...) foi o medo de não conseguirmos dar resposta (...)” E6</i></p>
	Tristeza		<p><i>“(...) Por fim a tristeza, pois neste caso não tivemos sucesso (...) depois a tristeza pelo falecimento do utente.” E3</i></p> <p><i>“(...) neste caso de tristeza (...)” E4</i></p> <p><i>“(...) leva-nos a uma tristeza (...) mas sim tristeza acima de tudo.” E5</i></p> <p><i>“Primeiro foi a tristeza (...) foi a tristeza (...)” E6</i></p> <p><i>“(...) ficamos tristes (...)” E7</i></p> <p><i>“(...) Acho que a tristeza está sempre presente (...) acaba por nos entristecer um pouco (...)” E8</i></p>
	Confronto com a morte		<p><i>“(...) Acho que é a situação mais complicada para uma pessoa falecer e deixa-nos muito a pensar se realmente vale a pena acabar assim a nossa vida (...) pensamos um bocado nela e na vida dos nossos, e é uma situação complicada para se ver uma pessoa assim a falecer.” E2</i></p>

	Dúvida face à qualidade de intervenção		<p><i>“(...) Posteriormente surge a dúvida será que fiz tudo o que devia ser feito? Será que fiz tudo bem?(...)” E3</i></p> <p><i>“(...) porque não atuamos da melhor forma, falhamos aqui ou ali.” E7</i></p>
	Impotência		<p><i>“O sentimento neste caso foi de impotência, porque não houve um final que fosse positivo (...)” E4</i></p> <p><i>“(...) sendo a impotência(...)”E5</i></p>
Perceção dos Enfermeiros face à sua intervenção em situação de PCR	Situação de aprendizagem		<p><i>“(...) permitem desenvolver várias competências no doente.(...) permitem estar alerta para situações de peri-paragem. (...)” E1</i></p> <p><i>“Acaba por nos permitir perceber o que é prioritário (...)” E2</i></p> <p><i>“Desenvolvi competências (...) lembrei conhecimentos.” E3</i></p> <p><i>“Contribuiu para o desenvolvimento de competências (...) experiência a nível prático. (...) efetivamente ajuda na experiência para conseguirmos adquirir maior competências técnicas e segurança (...) E4</i></p> <p><i>“É muito mais fácil depois dar resposta (...) mas para quem não tinha é uma maneira de aprender mais (...)” E6</i></p> <p><i>“(...) Se já me aconteceu 2,3 ou 4 vezes é melhor que nunca me ter acontecido, porque numa próxima já vou atuar da melhor forma.” E7</i></p> <p><i>“(...) nestes pontos desenvolvemos competências.” E8</i></p>
		Individual	<i>“De uma forma geral correu bem (...)” E2</i>

	Gestão de intervenção	Equipa	<p><i>“(...) foi um bocado complicado (...) ficamos um bocado sem saber como gerir a situação (...)” E7</i></p> <p><i>“(...) Correu bem a nossa coordenação (...)” E8</i></p>
Fatores dificultadores da atuação em situação de PCR	Falta de experiência		<p><i>“(...) também foi a nossa inexperiência (...) portanto essa falta de experiencia dificultou a intervenção.” E3</i></p> <p><i>“(...) a falta de experiência também, como um dificultador na área.” E8</i></p>
	Escassez de ocorrências de PCR		<p><i>“(...) Mas como estas situações são raras uma pessoa nunca está efetivamente preparada (...)” E2</i></p> <p><i>“(...) por ser uma situação pouco comum (...)” E5</i></p>
	Equipamento/Material	Insuficiente	<p><i>“(...) em termos de dificuldades tinham mais a ver com questões de material que não estavam disponíveis naquele momento, ou que não estavam a funcionar (...)” E2</i></p> <p><i>“(...) O material não estar disposto na hora, ou seja, tínhamos o carro de emergência mas depois faltava algum material (...) ” E2</i></p> <p><i>“O material escasso, o não o termos disponível o mais rápido que precisamos e isso tornasse uma dificuldade (...)” E8</i></p>
		Funcionalidade	<p><i>“(...) o DAE estaria a ficar com pouca bateria (...)” E2</i></p> <p><i>“(...) o ambu estava mal montado (...) o que correu mal foi o material em si, que não conseguimos montar logo de inicio. Pois existiu uma falha de pré-montagem, pois já deveria estar devidamente montado (...) Ainda por cima era o ambu (...)” E6</i></p>

		Localização	<i>“Os fatores dificultadores foram a distância do carro de emergência que ainda era significativa (...)” E1</i>
	Recursos Humanos	Escassez de enfermeiros	<p><i>“(...) numa situação de PCR (...) nós no turno da noite sermos 1 enfermeiro por turno e por isso se tivermos uma situação de PCR, vamos ter de mobilizar ajuda de outro piso (...) pois nós sozinhos não conseguimos (...)” E2</i></p> <p><i>“(...) No turno da tarde existem 2 enfermeiros por turno, neste caso foi necessário recorrer a ajuda de outro piso (...)” E3</i></p> <p><i>“Poucos recursos humanos, só estavam 2 enfermeiros de momento no piso, tive a necessidade de chamar o colega para colaborar comigo no SBV (...)” E5</i></p> <p><i>“(...) Estavam dois elementos [enfermeiros] em manobras, e a tentar puncionar o utente. As auxiliares foram chamar um terceiro elemento de enfermagem a outro piso.” E6</i></p> <p><i>“(...) principalmente se pensarmos no turno da noite é impossível uma pessoa sozinha com uma auxiliar dar resposta à PCR, tem sempre de ir chamar outro colega a outro piso.” E6</i></p> <p><i>“(...) num turno da noite em que só estamos a enfermeiro e 1 auxiliar por piso acaba por ser uma dificuldade, temos de chamar alguém para colaborar connosco e isto acaba por dificultar ou até atrasar a nossa intervenção (...)” E8</i></p>

		Escassez de médicos	<p><i>“(…) posteriormente pedimos ajuda diferenciada [112] (….) porque normalmente estamos sozinhos sem médico e por isso não podemos seguir protocolo.” E2</i></p> <p><i>“(…) chamamos a ajuda diferenciada [112] porque não tínhamos nenhum médico que pudesse iniciar SAV (….)” E3</i></p> <p><i>“(….)chamar ajuda diferenciada [112], uma vez que nem sempre temos médico cá (….)” E8</i></p>
		Preparação insuficiente dos auxiliares de ação médica	<p><i>“(…) as auxiliares de ação médica não têm todas formação em SBV. Nas minhas situações de PCR não estava evidente que elas tivessem formação para nos prestar apoio (….)” E2</i></p> <p><i>“(…) as auxiliares não ajudaram nas manobras só ajudaram a chamar outro colega (….) de resto foi só a equipa de enfermagem que interveio na PCR (….)” E6</i></p> <p><i>“(…) A não ser os enfermeiros as auxiliares não têm formação nesta área (….)é que nem uma chamada para o 112, porque depois não sabem responder às perguntas que lhes são colocadas.” E7</i></p> <p><i>“(…) as auxiliares quase nenhuma têm formação para realizarem manobras (….)” E8</i></p>
	Cansaço físico		<p><i>“(…) Fizemos as manobras de acordo com a nossa capacidade física (….)” E8</i></p>

			<i>“(...)O cansaço físico, isto porque nós somos seres humanos e se estamos só 1 pessoa podemos estar a fazer compressões e chegar a um ponto que não aguentamos mais(...)” E8</i>
	Stress		<i>“(...)o fator (...) stress(...)foram estes os fatores mais difíceis de controlar nesse momento.” E4</i> <i>“O stress, por ser naquela hora...tudo isto foi causador de stress, que nos dificultou a nossa atuação(...)” E7</i>
	Ansiedade		

			<p><i>“(...) estas nem sempre reagem com calma perante uma situação destas (...).” E1</i></p> <p><i>“(...) o fator ansiedade...foram estes os fatores mais difíceis de controlar nesse momento.” E4</i></p> <p><i>“(...)A questão da ansiedade, nervosismo isto porque na minha situação estava no inicio da atividade profissional e naquela altura tudo aquilo em relação ao doente critico ainda despertava em mim alguma ansiedade e nervosismo o que acaba por bloquear um bocadinho aas ações(...)” E8</i></p> <p><i>“(...)nervosismo isto porque na minha situação estava no inicio da atividade profissional e naquela altura tudo aquilo em relação ao doente critico ainda despertava em mim alguma ansiedade e nervosismo o que acaba por bloquear um bocadinho as ações(...)” E8</i></p>
--	--	--	---

	Relação de afetividade enfermeiro-utente		<i>“Se for numa situação em que estamos com os nossos utentes é assim estamos habituados a lidar mais com eles, não estamos tão preparados para uma situação dessas (...) Quando estamos de fora (...) temos mais perceção do que conseguimos fazer naquele grupo (...)”</i> E2
	Apoio externo deficitário		<i>“Assim uma coisa que notamos é a falta de resposta do apoio externo.”</i> E2 <i>“(...) ajuda diferenciada, que não foi a melhor e não foi em tempo útil (...) a ajuda só chegou passados 20 minutos (...)”</i> E6
Fatores facilitadores da atuação em situação de PCR	Trabalho em equipa	Organização	<i>“(...) mas o fato de estar num grupo que as pessoas estavam dispostas a intervirem (...) também facilitou muito a interação entre os membros (...)”</i> E2 <i>“(...) dinâmica da equipa, o facto da equipa saber muito bem quais as tarefas que iam desempenhar (...) o facto das pessoas conseguirem trabalhar em equipa foi o que mais ajudou nestas situações (...)”</i> E2 <i>“(...) mas depois logo me apercebi que criando o team leader foi muito mais fácil distribuir tarefas (...)”</i> E6

		Colaboração	<p><i>“(…) O trabalho em equipa, a colaboração de todos os enfermeiros, tornando tudo mais fácil (…)” E1</i></p> <p><i>“(…) foi possível chegar ao material através das auxiliares de ação médica que neste caso também foi facilitador o fato de elas conhecerem muito bem o material (…)” E2</i></p> <p><i>“(…) o trabalho em equipa também favoreceu a intervenção(…)” E3</i></p> <p><i>“O fator major é o trabalho em equipa (…)” E5</i></p> <p><i>“ Eu acho que o trabalho de equipa foi bom (…)</i>A equipa era muito boa (…)<i>” E6</i></p> <p><i>“O fato de trabalharmos em equipa (…)” E7</i></p> <p><i>“O trabalho em equipa (…)” E8</i></p> <p><i>“(…) que trabalha em colaboração é meio caminho andado para o sucesso de algumas situações (…)” E8</i></p>
--	--	-------------	---

	Formação	Contínua	<p><i>“(...) Ao existir formação dá um maior à vontade, dá-nos noção do que é suposto fazer nessa situação e uma maior segurança.” E2</i></p> <p><i>“A formação que se faz, neste caso o SBV. As atualizações (...) o treino principalmente, que nos permite ganhar mais confiança e favorecer no processo em si (...)” E4</i></p> <p><i>“(...) também aprendemos com esta partilha, e o que esteve menos bem vamos tentar aperfeiçoar para estarmos melhor preparados para a próxima vez (...)” E5</i></p>
		Diferenciada própria	<p><i>“Favoreceu a formação em SBV e SAV (...)” E1</i></p> <p><i>“(...) ter feito formação de SBV com DAE à pouco tempo...ela tinha mais conhecimentos acerca dos procedimentos (...)” E3</i></p> <p><i>“(...) já tínhamos ambas cursos em SBV (...)” E6</i></p>
		Diferenciada da equipa	<p><i>“(...) o facto de haver colegas que possuem formação avançada nesta área, a partida fica muito mais calma porque sabes que temos colegas com SAV, dá-nos outra tranquilidade (...)” E7</i></p> <p><i>“(...) o que se contorna com a presença de algumas pessoas com mais experiência e até formação na área (...)” E8</i></p> <p><i>“(...) também termos pessoas com formação especializada nesta área em doente crítico e PCR acaba por ser um fator que favorece a nossa prática (...)” E8</i></p>

	Experiência profissional		<p><i>“(…) Contudo no decorrer do tempo e dos anos, com a experiência sinto-me mais à vontade para atuar, mais calma.” E5</i></p> <p><i>“(…) muito mais tranquila (…). A experiência profissional também faz que assim seja(…)”E7</i></p> <p><i>“(…) Relativamente a ansiedade e nervosismo com o tempo de experiência, agora de outra forma, com mais segurança (…).”E8</i></p> <p><i>“Sim sem duvida que sim. Já são 10 anos de experiencia (..) a confiança e a segurança é totalmente diferente.”E8</i></p>
	Exposição a situações de PCR		<p><i>“(…) porque são apenas 2 situações, uma coisa é a teoria outra coisa é a prática (…).”E2</i></p> <p><i>“Visto que não tenho uma grande experiência prática neste tipo de situações só quando ocorrem é que conseguimos desenvolver uma estratégia. Com o tempo é que vamos adquirindo essas competências.” E4</i></p>
	Gestão de emoções		<p><i>“Sim ter mais calma, tentar pensar bem (..) isto de forma mais calma, se estiver muito stressada ou na altura quanto mais atrapalhada eu estiver, mais difícil vai ser a atuação (…).” E7</i></p>
Estratégias de melhoria da intervenção	Debriefing	Beneficia atuações futuras	<p><i>“[discussões/reflexões] (..) são de fato importantes porque permitem exprimir situações vividas durante este evento, o que foi feito? O que poderíamos ter feito melhor? como também permite desenvolver estratégias para futuras ocorrências de PCR.” E1</i></p>

			<p><i>“(...) sobretudo quando refletimos sobre estas situações, quando surge um caso novo (...)” E1</i></p> <p><i>“Sim existe uma reflexão, nós acabamos por pensar no que poderia ter feito melhor (...)” E4</i></p> <p><i>“(...) o refletir sobre os atos que tiveste, o que podes fazer para a próxima vez para melhorar aquilo que te falhou (...) o refletir sobre isto é muito importante nestas situações” E7</i></p> <p><i>“(...) fazemos uma autoavaliação e avaliarmos aqueles pontos que se calhar não agimos tão bem e que poderíamos melhorar (...) podemos aperfeiçoar as nossas práticas numa situação de PCR” E8</i></p>
		Aumenta a confiança	<p><i>“(...) Temos mais noção daquilo que temos de fazer sem ter tantas dificuldades, encontrar estratégias(...)” E2</i></p> <p><i>“(...) após a nossa intervenção na PCR falamos sobre o que podíamos melhorar...assim temos o conhecimento mais presente e ajuda-nos a pensar de uma forma mais rápida e mais eficaz (...)” E3</i></p>
		Aumenta a segurança	<p><i>“(...) o discutir em equipa (...) fazendo-nos sentir mais seguros, às vezes faz toda a diferença” E4</i></p>
	Formação continua	Revisão da literatura	<p><i>“a estratégia foi recorrer à literatura para rever conhecimentos (...)” E3</i></p> <p><i>“(...) tenho feito revisão da literatura para estar mais dentro do assunto e ficar mais confiante.” E3</i></p>

		Recurso a materiais interativos	<i>“a estratégia foi recorrer (...) alguns vídeos didáticos sobre doente crítico (...)” E3</i>
	Propostas à instituição	Manutenção do equipamento	<i>“Foi comunicado ao enfermeiro responsável do piso (...)” E6</i> <i>“Relativamente ao material escasso foi comunicado ao superior, a quem diz de respeito para resolver a situação (...)” E8</i>
		Aquisição de material/equipamento	<i>“(...) isso não vai depender de mim vai depender da instituição. Contudo vão sendo dadas algumas sugestões à coordenação para que tenha em consideração estas situações.” E5</i>
Implicações da atuação em PCR para a prática clínica	Desenvolvimento de competências	Saberes técnicos e científicos	<i>“(...) permitem desenvolver várias competências (...) que nos permitem estar alerta para situações de Peri-paragem(...)pois sabemos que aquele início pode terminar numa paragem cardiovascular (...)”E1</i> <i>“(...) também relembrei conhecimentos.” E3</i> <i>“Desenvolvi competências no âmbito da PCR (...) na vertente prática (...)” E3</i> <i>“(...) acaba por ser uma experiência a nível prático, efetivamente ajuda na experiência para conseguirmos adquirir maior competências técnicas e segurança (...)” E4</i> <i>“(...) é sempre importante a prática (...)” E5</i> <i>“(...) mas para quem não tinha é uma maneira de aprender mais (...)” E6</i> <i>“(...) Porque nos faz falta a prática, porque sem prática acho que não conseguimos aplicar a teoria.” E6</i>

		Gestão de prioridades	<i>“Acaba por nos permitir perceber o que é prioritário (...) existe uma prioridade (...)”</i> E2
--	--	-----------------------	--

AÊNDICE 3- Consentimento informado para a participação no estudo

Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____

_____, Tomei conhecimento do objetivo e finalidade do estudo de investigação no âmbito do *“Paragem Cardiorrespiratória em contexto Unidade de Cuidados Continuados: Vivências dos Enfermeiros”*, e da forma como vou participar no referido estudo, a ser realizado por Ana Margarida Almeida Gomes, que se encontra a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem de Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me informado que o estudo obteve a autorização da instituição onde exerço funções, e afirmado que tenho o direito de recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Assim, declaro que consinto participar no presente estudo de investigação e que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / ____ / ____.

Assinatura do Participante:

Assinatura da Investigadora Responsável:

(Ana Margarida Almeida Gomes)

ANEXOS

ANEXO 1- Pedido de Autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração da Santa Casa Da Misericórdia Arcos de Valdevez

☒ Autorizo ☐ Não autorizo:

Data: 19/09/2017 O(A) Provedor(a)



ASSINATURA DO ORIENTADOR/TUTOR DA INSTITUIÇÃO QUE TUTELA A INVESTIGAÇÃO

INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA / TRABALHOS ACADÉMICOS

NA VALÊNCIA Hélicia d'Amorim DA SCM DE Arcos de Valdevez

Exmo. (a). Senhor(a) Provedor(a)

Ana Augusta Almeida Gomes (nome completo), portador(a) do BI/CC n.º 14097313, na qualidade de estudante de ESS (estudante, curso e universidade ou função e instituição), estando a realizar o Trabalho de Investigação Científica sobre o tema Parque Audiovisual e o Contexto Uti. Espiritual. Gf. 10 sob orientação do Sr. Professor Antónia Sousa, vem por este meio e em conformidade com o previsto no Regulamento para Projectos de Investigação da Misericórdia, solicitar a V.ª Ex.ª autorização para:

- ☒ efectuar entrevistas (especificar a quem, número de entrevistados e anexar guião)
☐ aplicar o questionário ou outro instrumento de investigação (anexar instrumento)
☐ consultar dados (especificar quais)
☐ (outra)

(seleccionar a opção pretendida, explicitando a informação pertinente e anexando os documentos relacionados)

no âmbito do referido Projecto de Investigação, cuja fundamentação, objectivos, metodologia e plano de desenvolvimento se envia em anexo.

Data e Assinatura do Aluno/Investigador

15/9/18 Ana Augusta Almeida Gomes

A PREENCHER PELO ORIENTADOR/TUTOR DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM DO INVESTIGADOR (UNIVERSIDADE OU OUTRA)

Nome:

Antónia Sousa

ASSINATURA DO ORIENTADOR/TUTOR DA INSTITUIÇÃO QUE TUTELA A INVESTIGAÇÃO

Telefone: 258 809550
Email: clementina.rousas@ess.pt

PREENCHIMENTO RESERVADO AOS ORGÃOS E SERVIÇOS DA MISERICÓRDIA

Parecer da Mesa Administrativa/Direcção Técnica/ Direcção Clínica

☐ Autorizo ☐ Não autorizo:

Data: 19/09/2018 O(A) Provedor(a)

ASSINATURA DO ORIENTADOR/TUTOR DA INSTITUIÇÃO QUE TUTELA A INVESTIGAÇÃO

